

Curso de Gestion en Servicios de Salud

MODULO 4

EDITOR RESPONSABLE

Patricio Simeoni
Medico Generalista

COMITE EDITOR

Mariela Alacrcon
Lic. Psicopedagogia
Jose Ali Brouchoud
Medico Generalista
Dario Montenegro
Medico Generalista
Gonzalo Soria
Medico Generalista
Leonardo Sigal
Medico Generalista

ASESOR VITALICIO

Arturo B. Serrano
Medico Generalista

asmgyf@hispavista.com
simeoni@argentina.com

Arte de Tapa, Diseño Grafico, Seleccion, Compilacion y Procesamiento de Textos.
PATRICIO SIMEONI

"el Centro de Salud no se define por sus características técnicas, sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable"

Hemos ya avanzado desde el modulo I con conceptualizaciones sobre salud, sistemas de salud, y contenidos de salud pública los cuales pueden parecer tediosos pero de suma importancia para la comprensión de nuestra realidad y el alto nivel de fragmentación de nuestro sistema público de salud.

En el módulo II hemos hecho lo propio sobre planificación estratégica, la cuál aporta elementos vitales en la visión para planificar acciones que se relacionan en modo directo con la gestión

Posteriormente hemos teorizado sobre análisis de situación de salud, evidenciando los distintos modos de analizar la situación de salud del medio donde un médico generalista, u otro médico de APS, un trabajador social, un enfemero, un trabajador de salud mental u otro profesional del equipo de salud y todo el mismo, pueden elaborar un análisis pormenorizado de su situación y mediante lo aprehendido en los demás módulos proceder a la gestión de centro y planificar acciones para la mejora de la situación detectada como prioritaria.

De igual manera consideramos que esto aporta elementos en la definición de objetivos precisos y posibles de resolver ante la enjambre de problemas que suelen detectarse en nuestros servicios, muchos de raigambre histórica y que suelen acobardar a más de un planificador o gestor.

Es nuestra intención en este módulo demostrar la necesidad de considerar el centro de salud como herramienta clave en un sistema de salud. También que el mismo puede funcionar de modo efectivo e

interarticulado con los otros niveles de atención de la salud, ofreciendo así niveles óptimos de satisfacción hacia la comunidad donde se encuentra. Es necesario considerar también que la eficacia de sus acciones de salud dependerá del tipo de recurso humano disponible en el mismo y la posibilidad de construcción de trabajo en equipo, mediante también un proceso de «*formalización*» del equipo de salud. Además del modo de hacer la gestión del mismo, que involucra diversos aspectos internos como los recursos financieros, de insumos, humanos y un vínculo necesario y que debe transformarse en eje central de la planificación de acciones que a nuestro criterio debe ser la participación comunitaria en el primer nivel de atención.

Hablamos de *gestión* de centro y posicionándonos como lo hace Hugo Spinelli, por que consideramos que nos estamos refiriendo a la *acción* (acciones) dirigidas a los sujetos en el marco del primer nivel de atención o centro de salud, y sobre ellas los demás factores que hacen a la organización de un servicio por ejemplo. Este concepto debe también referirse a situaciones relacionadas en los otros niveles de atención. Creemos además que al referirnos a los otros clásicos conceptos como son el de *administración y gerenciamiento* estos se refieren a la organización de los objetos en el primer caso y variables economicistas puras en el segundo. En estos últimos conceptos no se consideran los sujetos.

Y mencionar además que no creemos adecuado sinonimizar «centro de salud « con «APS» o el concepto actual de «CAPS»(centro de atención primaria de salud) por que el mismo tiende a reducir la APS al centro de salud o primer nivel, dejando de lado la expresa necesidad de la existencia del segundo y tercer nivel de atención, los cuales articulados pueden enfatizar la estrategia de Atencion Primaria en su praxis y sin los cuales la misma no tiene fundamentación ni acción. Este reduccionismo de la APS se observa con importante frecuencia cuando se pretende *gerenciar* en APS y no *gestionar.*

ESQUEMA DE CONTENIDOS

Capítulo 1

CONCEPTUALIZACIONES SOBRE CENTROS DE SALUD

1. El Centro de Salud y su Rol Primordial dentro de La Estrategia de APS
2. El Centro de Salud como Punto de Interaccion con la Poblacion

Capítulo 2

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD

1. Un Abordaje Conceptual
2. Propuestas Practicas

Capítulo 3

RELACIONES DESDE EL CENTRO DE SALUD

1. Niveles Asistenciales

MODULO 4: Gestion de un Centro de Salud

Capitulo 1



Conceptualizaciones sobre Centros de Salud



Asociacion Santafesina de Medicina General y Familiar

CAPITULO 1 - TEMA 1

Conceptualizacion de Centros de Salud y su Rol primordial dentro de la Estrategia de APS

Introducción
Importancia del Centro de Salud dentro de la Estrategia de APS.
Ubicación de los Centro de Salud
Estructura de los Centros de Salud
Tamaño
Accesibilidad
Confort
Satisfacción Profesional
Equipamiento de los Centros de Salud:
Instrumental Biomédico
Mobiliario
Informática
Actividades en los Centros de Salud:
Atención curativa
Prevención y promoción
Rehabilitación y reinsercion social
Trabajo en equipo
Diagnostico o análisis de situación de salud
Participación comunitaria
Coordinación con el nivel especializado
Programación
Docencia
Investigación
Autogestión de recursos
Registros
Vigilancia epidemiológica
Personal
Financiamiento
Participación Comunitaria
La participación comunitaria y el centro de salud:
La participación comunitaria como mecanismo de transformación en la salud:
Dimensiones de la Participacion Comunitaria
Horizonte temporal de la participación.-
Conclusiones sobre la PC
Sistema de Salud

CAPITULO 1 - TEMA 2

La organización de los Centros de Salud y su rol como punto de interacción con la población

El Entorno Favorable
Conceptualizacion de centro de salud
Condiciones de las relaciones participativas:
Comprehension - Continuidad - Integración
Características del Centro de Salud : Prioridad a la participación
Nivel técnico:« Diferencias en la aplicación del mismo modelo conceptual »
Actividades periféricas: Diferentes aplicaciones del mismo modelo conceptual
Especificidad
La comunidad
Condiciones estructurales:
Descentralización
Integración del equipo
Permanencia
Tamaño
Aspectos humanos vs. Aspectos técnicos
Problemas estructurales
Tamaño de la población cubierta por un Centro de Salud
Localización geográfica
El equipo
Edificio
Equipamiento
Servicios
La consulta curativa
Atención y seguimiento activo de los enfermos crónicos
Atención y seguimiento activo de grupos de alto riesgo
Otras funciones
Interacción con la comunidad
Diagnostico comunitario
Dialogo y participación
Promotores de salud
Integración en el SILOS
Aspectos técnicos
Aspectos comunitarios
Aspectos intersectoriales
Supervisión
El sistema de información
Proceso de toma de decisiones
Toma Centralizada de Decisiones
Toma Descentralizada de Decisiones
Proceso de evaluación



CONCEPTUALIZACIONES SOBRE CENTROS DE SALUD

SU ROL PRIMORDIAL DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE APS

Introducción

Es nuestra intención en este módulo demostrar la necesidad de considerar el centro de salud como herramienta clave en un sistema de salud. También que el mismo puede funcionar de modo efectivo e interarticulado con los otros niveles de atención de la salud, ofreciendo así niveles óptimos de satisfacción hacia la comunidad donde se encuentra. Es necesario considerar también que la eficacia de sus acciones de salud dependerá del tipo de recurso humano disponible en el mismo y la posibilidad de construcción de trabajo en equipo, mediante también un proceso de "formalización" del equipo de salud. Además del modo de hacer la gestión del mismo, que involucra diversos aspectos internos como los recursos financieros, de insumos, humanos y un vínculo necesario y que debe transformarse en eje central de la planificación de acciones que a nuestro criterio debe ser la participación comunitaria en el primer nivel de atención.

Si se tiene en cuenta la definición de Alma Ata, sobre la Estrategia de la A.P.S., tenemos un párrafo fundamental en la que se afirma

> "...representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria..."

Por ende la implementación de esta estrategia, supone la implementación de acciones y estructuras acordes a dichos objetivos. En la conocida división por niveles de un sistema de atención , el primer nivel ,cuenta con una estructura representativa: el Centro de Salud, aunque también conocido con otros nombres, según el lugar que se considere. Es a través de este, que el Sistema de Salud, toma contacto con la población y ésta a su vez interactúa con el sistema. Para cumplir su función debe reunir ciertas características y exigencias: ubicación, edilicias, equipamiento, personal , financiamiento, contacto con la comunidad, etc. Aquellos países que han llevado adelante la estrategia de APS con mayor éxito , han tenido indefectiblemente que reformular al primer nivel conceptual y estructuralmente, y este ha logrado no pocas veces funcionar como regulador del sistema, ya que orienta a las personas en el recorrido que deben realizar según el problema que presentan, dentro del Sistema de Salud. Trataremos, a través del siguiente trabajo, de identificar aquellas características que han permitido conocer al Centro de Salud como un sitio ideal para lograr una adecuada interacción con la comunidad, regular al sistema y lograr resultados de salud beneficiosos. Por último enunciaremos una Propuesta sobre la Misión y Funciones que deberían tener los Centros de Salud en la República Argentina.

> ***"... aquellos países que han llevado adelante la estrategia de APS con mayor éxito , han tenido indefectiblemente que reformular al primer nivel conceptual y estructuralmente, y este ha logrado no pocas veces funcionar como regulador del sistema, ya que orienta a las personas en el recorrido que deben realizar según el problema que presentan, dentro del Sistema de Salud ..."***

El Centro de Salud y su rol dentro de la Estrategia de APS.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud, adoptada en el mes de septiembre de 1975, en Alma Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán (URSS), por las delegaciones de 134 gobiernos y 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y otros que mantienen relaciones con la OMS y la UNICEF, fue el resultado de varios hechos: la situación sanitaria mundial que fue declarada en dicha conferencia, como «inaceptable» para centenares de millones de personas, en particular en los países en desarrollo; la magnitud de los problemas sanitarios, así como la escasez de recursos para enfrentarlos; los estudios realizados sobre el impacto de los enfoques integrado y vertical para la atención de la salud, que resaltaban al enfoque integrado como el «más eficiente, sos-

tenible y cómodo para los usuarios» y fundamentalmente para lograr el principio en el que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero.

Por otro lado la Conferencia examinó las estrechas relaciones y la interdependencia que existe entre la salud y el desarrollo social y económico, ya que con la salud mejoran las condiciones y la calidad de vida y al mismo tiempo la salud depende del progresivo mejoramiento de éstas. Por consiguiente las actividades del sector salud deben estar coordinadas con los otros sectores sociales y económicos, como la educación, la agricultura, el abastecimiento doméstico de agua, la vivienda, las obras públicas, la comunicación y la industria. Se destacó como esencial la participación plena y organizada de la comunidad , así como la auto responsabilidad final de la misma de manera que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su propia salud.

Cada país se comprometió a llevar a cabo dicha estrategia, adaptándola a su realidad local y a sus posibilidades, posibilidad ésta, que la misma estrategia permite, ya que no representa «recetas» fijas, sino más bien grandes líneas de trabajo, lo que la convierte en una herramienta sumamente dinámica.

Inmediatamente después de la conferencia de Alma Ata, comenzó una recesión económica mundial que dificultó mucho la puesta en marcha de la Estrategia de la APS, en muchos países, especialmente los pobres. En algunos ambientes se pensaba que en sus medios y fines la APS integrada era muy ambiciosa, por lo que se abogaba con gran convicción por una APS «selectiva», en la que los países se centrarían en un número reducido de enfermedades para las que se contaba con instrumentos de una relación costo-eficacia favorable.

En 1984, la OMS organizó una reunión consultiva para evaluar lo hecho hasta entonces y para dar orientaciones prácticas para el futuro. Observaron que en todos los países se tendía a instrumentar enfoque integrados, y que ciertos programas, especialmente el materno-infantil estaban sirviendo de puerta de entrada para la atención integrada. Por otro lado en la década del ochenta, ha cambiado radicalmente el contexto en el que se presta la atención de la salud. Se han introducido grandes reformas sanitarias y políticas, caracterizadas por la expansión de la economía de mercado, la privatización de los servicios públicos y la democratización y descentralización de los procesos políticos y administrativos. Han pasado a ocupar un lugar preponderante la eficiencia, la calidad de los cuidados, la contención de los costos, la libre elección por el usuario y la gestión responsable. Se está produciendo también una rápida transición sanitaria en los países en desarrollo, caracterizada por el envejecimiento de la población y la importancia creciente de las enfermedades crónicas.

Definición de APS

Otras connotaciones llevó la interpretación que el concepto de APS originó, esto es:

- Como una serie de actividades
- Como un nivel asistencial
- Como una estrategia de la organización de la atención de la salud
- Como filosofía

En la primera, conlleva el cumplimiento de al menos ocho actividades:

- Educación sanitaria
- Abastecimiento de alimentos y nutrición adecuada
- Agua potable y saneamiento básico
- Atención maternoinfantil
- Inmunización
- Prevención y control de enfermedades prevalentes
- Tratamiento de las enfermedades y traumatismo más comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales

La segunda, fácilmente comprensible, como la parte del sistema de salud, con la que la población toma contacto, cuando tiene problemas de salud; la tercera implicaba que todos los elementos organizativos de los servicios de salud debían cumplir con los siguientes requisitos:

- Accesibles
- Adecuados a las necesidades de la población
- Funcionalmente integrados
- Basados en la participación comunitaria
- Económicos
- Caracterizados por la colaboración intersectorial.

Y finalmente la última como una filosofía, cuando el sistema se orientaba según los principios de:

- Justicia Social
- Autorresponsabilidad
- Solidaridad Internacional
- Aceptación de un concepto amplio de la salud

Así como todo esto originaba confusión a la hora definir adecuadamente a la APS, no menos ocurría a la hora de su implementación; el objetivo de «Salud para todos en el año 2000» nunca pareció más alejado y se propusieron varios modelos o tácticas operacionales: los SILOS o Sistemas de Salud Locales; los Sistemas Sanitarios de Distrito, Sistemas Integrados de Salud, Municipios Saludables, Ciudades Sanas, etc.

En todas ellas, en mayor o menor medida, se proponían los siguientes elementos, que se ejemplifican en la definición de **Sistema Sanitario de Distrito**, según la OMS, en 1986:

«...Un sistema sanitario basado en la APS, es un sector más o menos autónomo del sistema sanitario nacional. Comprende ante todo una población bien definida que vive en una zona administrativa y geográfica claramente delimitada, sea ésta urbana o rural. Incluye todas las instituciones e individuos que prestan atención de las salud en el distrito, pertenezcan al gobierno o a la seguridad social o sean de carácter no gubernamental, privado o tradicional. Consta por lo tanto de una gran diversidad de elementos interrelacionados que se ocupan de la salud en los hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidades a través del sector sanitario y otros sectores conexos. Incluye al hospital de distrito como primer lugar de envío de casos y el laboratorio correspodiente, así como otros servicios de diagnóstico y apoyo de casos....»

Así mismo la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, estableció 10 componentes estratégicos requeridos para el fortalecimiento de los SILOS, que aportan otros elementos de estas propuestas:

- Descentralización y Desconcentración
- Participación Social
- Desarrollo de la Intersectorialidad
- Adecuación de los mecanismos de Financiamiento
- Integración de Programas de Prevención y Control

En dichas propuestas se pone de manifiesto la necesidad de un sistema sanitario integrado, esto es «un conjunto de unidades sanitarias que tienen relaciones unas con las otras, debiendo lograr una cierta coordinación; todos los elementos deben estar dispuestos, organizados y coordinados en función de un objetivo común: aceptar la responsabilidad por la salud de la población y cumplir con tres condiciones de estructura y funcionamiento:

- Todas las situaciones deben ser cubiertas
- Cada elemento del sistema tiene una función específica
- La relación entre los elementos del sistema debe ser adecuada.

«En el caso de nuestro país, en donde ha sido tradicionalmente dificultosa esta interrelación, al punto de hablarse de un sistema fragmentado (numerosos subsectores en un mismo sistema) , la implementación de esta estrategia se dejó primariamente bajo la responsabilidad de los efectores públicos (estatales), con el ánimo de que más adelante se suscitara la incorporación de los efectores de los demás subsectores».»Para sortear esta dificultad se denominó al área geográfica-poblacional y epidemiológica-social que debería constituir un «distrito» con el término de «área programática», referido a un hospital base con un área geográfica bajo responsabilidad. Luego, el sistema de «distrito» posee varias instituciones y efectores adecuadamente coordinados y el de «áreas programáticas» un hospital público con un área de influencia».»Para sintetizar; la estrategia de «áreas programáticas», aspira a convertirse con el tiempo en una estrategia de «distritos de salud»..

En dicho sistema existen diversas estructuras, entre ellas las más conocidas:

- El Centro de Salud.
- El Hospital Base.

Estas estructuras se insertan dentro de modelos funcionales y organizativos especificos:

- Sistemas Locales de Salud
- Regionalizacion

EL CENTRO DE SALUD

El término Centro de Salud se utiliza para designar diversos medios e instalaciones que prestan servicios organizados de salud a nivel del distrito. Son la base institucional a partir de la cual se presta la mayoría de los servicios de Atención Primaria. La OMS define al Centro de Salud,»como un elemento del Sistema Local de Salud. Es la parte del SILOS cuya especificidad en la estrategia de APS, es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios *integrales*» por lo tanto el Centro de Salud, no se define por sus características técnicas sino por su capacidad para establecer *relaciones participativas* con la población de la cual es responsable.

Es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención médica, público o privado.

EL HOSPITAL BASE

De esta forma al definir al Centro de Salud, por otro lado redefinimos al Hospital Base como una institución con funciones claramente establecidas, algunas de las cuales serían.:

- Como *referencia* del 1er nivel y *contrarereferencia* hacia el primero.-
- Como *apoyo* al 1er nivel a través de la Capacitación y la Supervisión, hecho esto desde el sector técnico administrativo del área programática que puede denominarse Oficina de APS y que ocupa su espacio físico en el hospital, pudiendo ocuparlo fuera de el.

También existe experiencia en varios países con los llamados Centros de Salud de Referencia, Policlínicos, etc. Centros de derivación intermedia al hospital base, en el cual se brindan además de los servicios de los centros derivadores, otros tales como métodos complementarios básicos, rehabilitación e internación de corta duración.

EL SISTEMA LOCAL DE SALUD

Todas estas estructuras, están a su vez posicionadas dentro de un sistema orgánico y funcional.»Este concepto abarca los servicios organizados horizontalmente (todas las instituciones que prestan servicios en un área determinada) y verticalmente (organizaciones coordinadas de un nivel a otro)». El concepto de niveles, tiene en cuenta no solo la capacidad resolutiva de los problemas, sino también la perspectiva de la comunidad, sus necesidades y recursos, El nivel más periférico lo es por su capacidad de resolución y por su proximidad a la comunidad.

"... El concepto de niveles, tiene en cuenta no solo la capacidad resolutiva de los problemas, sino también la perspectiva de la comunidad, sus necesidades y recursos. El nivel más periférico lo es por su capacidad de resolución y por su proximidad a la comunidad. Este contexto define también la complejidad de los niveles, la que en los niveles superiores se refiere a complejidad tecnológica y no a complejidad de los problemas que se aborda ..."

LA REGIONALIZACION

Aquí se aborda otro concepto sumamente importante, para la organización ordenada de los servicios y estructuras, la Regionalización: "....viene siendo definida como un esquema de implantación racional de los recursos de Salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que sea posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios y los demás Servicios van siendo apropiadamente utilizados de acuerdo con las necesidades del enfermo.." o según Somers y Somers en 1977: " ..sistema formal de asignación de recursos con una apropiada distribución geográfica de las instalaciones de salud, de los recursos humanos y programas, de manera que las diferentes actividades profesionales cubren todo el espectro de la atención comprensiva, primaria, secundaria, terciaria y de larga permanencia, con todos los acuerdos, conexiones y mecanismos de referencia necesarios establecidos para integrar varios niveles en instituciones en un conjunto coherente y capaces de servir a todas las necesidades de los pacientes, dentro de una base poblacional definida."

Importancia del Centro de Salud dentro de la Estrategia de APS.

En el mundo , y a partir de Alma Ata, principalmente, se produce una creciente incorporación de los principios de la Atención Primaria, en forma irregular y despareja, pero siempre creciente, desde visiones parciales, como la APS selectiva, hasta aplicaciones integrales de la misma.

Los países que mejores índices en salud han tenido, no solo han llegado a ellos por su nivel de vida elevado, punto indiscutible de mejora de la situación de salud de una comunidad, sino también porque han implementado con diferencias sustanciales, distintos sistemas de organización, que pueden variar en numerosos puntos, tales como el financiamiento, el papel del estado, el papel de los proveedores y de los usuarios , pero en todos se manifiestan algunos puntos en común: organización en sistemas unificados; reorganización del primer nivel, (más cambios "funcionales" que de actores), aumento de la accesibilidad-equidad, mejoramiento de la relación costo-beneficio, es decir presupuestos fijos y mejor rendimiento, regionalización y limitante crecimiento de los servicios (hospitales y servicios de alta complejidad), separación entre financiación y provisión de servicios, generando competencia, establecimiento

de objetivos de salud, mejora de los programas de prevención y promoción de la salud, y la formulación de políticas intersectoriales .

Los resultados de las antedichas reformas, por ejemplo en el caso español arrojaron como primeros resultados:

- Disminución en las consultas de adultos
- Aumento de las consultas en pediatría
- Disminución en las visitas diarias en medicina general.
- Descenso en las derivaciones (especialistas, urgencias, consultas al hospital)
- Disminución del gasto en medicamentos
- Mayor satisfacción de los usuarios.

Sin embargo la eficacia de los sistemas sanitarios, para provocar un impacto importante en los indicadores de salud fue y es discutida. Los indicadores de salud en los países desarrollados son bastantes parecidos. La Expectativa al nacer es de 79 a 81 en las mujeres y de 73 a 75 entre los hombres. La tasa de mortalidad infantil de 7 a 8 muertos menores de un año por mil nacidos vivos. Los indicadores de mortalidad perinatal y de mortalidad materna si parecieran ser más sensibles a la intervención de los servicios sanitarios. Varios trabajos han analizado los índices de salud, algunos de ellos, le atribuyen solo el 11% en la disminución de la mortalidad a los sistemas sanitarios, frente a los 43% de los estilos de vida o al 19% al medio ambiente.

En un estudio sobre 10 países desarrollados, Starfield, relaciona un mayor desarrollo de actividades propias de la atención primaria con mejores resultados en niveles de satisfacción, en relación al gasto , determinados indicadores de salud y al consumo de medicamentos. En el mismo, los países que tiene alguna modalidad de atención primaria se dividían en cuatro grupos :

- Con población definida y sistema de derivación
- Orientados a la atención hospitalaria
- Sin clara separación entre atención primaria y especializada
- Sistemas bajo procesos de reforma.

El primer grupo, ocupaba el primer lugar, siendo representativos Reino Unido, Dinamarca y Holanda. La mayoría de las consultas se resuelven en el primer nivel y el porcentaje de derivaciones es de un 10%.

No es nuestra intención realizar un exhaustivo análisis sobre los sistemas sanitarios, sus fortalezas y debilidades, pero si evidenciar aquellos componentes o experiencias que nos permitan afirmar que aquellos sistemas orientados a la APS, pueden ofrecer servicios más accesibles, con mejor rendimiento y resultados en salud.

"... Los Centros de Salud son esenciales ya que proporcionan información pertinente para la planificación desde la base y para la adopción de decisiones en el centro sanitario, el hospital, el sistema de salud de distrito y la administración local. En conjunto permiten adoptar un enfoque holístico para determinar las necesidades de salud, prescribir las intervenciones sanitarias y garantizar la calidad de la atención..."

La OMS, a través de varias reuniones evaluadoras de sus Grupos de Estudio , especialmente el de trabajo sobre Atención Primaria de Salud en las Zonas Urbanas, recomienda:

"Los administradores y autoridades de salud nacionales y locales debieran propiciar y apoyar el mejoramiento de las instalaciones de Atención Primaria de Salud de las zonas urbanas. Sobre la base de un análisis estratégico del sistema de salud de distrito se debieran designar establecimientos específicos para transformarlos en centros sanitarios de referencia. A estos centros se les debiera alentar a establecer vínculos orgánicos con las organizaciones y los grupos de la comunidad y con otros centros y unidades de salud y a explorar sus posibilidades de brindar servicios de atención primaria de salud integrales en consonancia con la Declaración de Alma Ata. Los Centros de Salud de referencia debieran asumir la responsabilidad de reunir datos básicos fiables sobre la salud y los aspectos relacionados con la salud de la población que atienden, desagregados a nivel de vecindario. Se deben buscar medios para acrecentar la responsabilidad de los centros de referencia frente a las poblaciones que atienden".

Es en este punto, cruce entre análisis macro y micro de la organización sanitaria, donde surge el centro de salud, el cual "es el principal elemento de la atención primaria de la salud en el nivel de distrito y colabora estrechamente con otras estructuras. Los Centros de Salud son esenciales ya que proporcionan información pertinente

para la planificación desde la base y para la adopción de decisiones en el centro sanitario, el hospital, el sistema de salud de distrito y la administración local. En conjunto permiten adoptar un enfoque holístico para determinar las necesidades de salud, prescribir las intervenciones sanitarias y garantizar la calidad de la atención".

Ubicación de los Centro de Salud

Fundamentalmente ligada a la accesibilidad geográfica, la ubicación geográfica de los centros de salud urbanos, sigue siendo un tema de debate. Implica conocer la población a cargo que debería tener un Centro de Salud como unidad de trabajo, ya que esto a su vez determina el tamaño y el personal del mismo. Inmerso en el seno de un SILOS, importaría conocer la población del mismo y sus subdivisiones para conocer primero el número estimado de centros de salud a instalar y luego sí, su ubicación. Tradicionalmente, el centro debe estar, ya que su misión así lo requiere, «lo más cerca posible de la población a cargo», por lo tanto la decisión de su ubicación parecería estar repartida entre los responsables sanitarios y la población propiamente dicha. Los sitios de reunión habituales de la comunidad o por otro lado con un criterio institucional ,junto a otras instituciones.

La conjunción de población a cargo , más las isócronas de acceso, es decir el tiempo que le llevaría a una persona desplazarse hasta el mismo, parecería ser una buena conjunción de factores.(el tiempo estimado mínimo es de alrededor de 20 a 30 minutos con los medios habituales de transporte y la población a cargo variará con el criterio establecido, teniendo en cuenta que una población lo más pequeña posible permitirá relaciones participativas, objetivo básico de los centros de salud)

Siguiendo a trabajos de investigación epidemiológica, podríamos afirmar también que la decisión de ubicar un centro de salud, debería estar precedida de un trabajo previo de «aproximación diagnóstica a la situación de salud de una comunidad», conocer de ésta forma sus áreas con escasa o sin cobertura y aquellas con alta demanda a los efectores ya existentes, sus problemas más frecuentes, todo esto conocido como «áreas estratégicas» y poder así luego determinar las «áreas de responsabilidad». En éstas es factible tanto ubicar equipos de trabajo, en instituciones ya instaladas, como construir a las nuevas.

Estructura de los Centros de Salud

«La filosofía que debería impregnar la construcción de los centros de salud es ofrecer una alternativa «más humana» en las relaciones y en el entorno físico del individuo.

Debe dar una respuesta correcta a las exigencias funcionales crear un ambiente agradable y atractivo, mediante la definición de estándares de iluminación, calefacción, ventilación, niveles de ruido; en su desarrollo interior e imagen urbana. Debe favorecer la identificación del ciudadano con el mismo

Así como es conocido el concepto de que la arquitectura hospitalaria es el «volumen y el espacio que ayuda a curar» la arquitectura de un centro de salud, es el «volumen y el espacio que ayuda a establecer relaciones participativas «

Podríamos especificar algunas de las consideraciones a la hora de definir características estructurales de los Centros de Salud:

- Arquitectura definida —Tamaño
- Accesibilidad —Servicios
- Confort—Satisfacción Profesional

Primero y fundamental es la decisión de construir centros de salud con criterios propios, sin recurrir a la a veces inevitable utilización de espacios físicos construidos con otra finalidad o pertenecientes a otras instituciones. Esto supone la necesaria reconversión de estos establecimientos, con la carga económica que esto representa, y no pocas veces sin cumplir con el mínimo básico.

Por otro lado, los cambios cualitativos promovidos por la APS, entre otros el abordaje bio-psico-social de la consulta, la consulta familiar, el trabajo en equipo, etc, también influyen en forma determinante en el aspecto físico y funcional de los centros de salud, que se diferencian de las estructuras pertenecientes al modelo tradicional.

Tamaño

Siguiendo al concepto de Centro de Salud, que privilegia las Relaciones Participativas con la comunidad, el tamaño debería ser más bien pequeño, pero a su vez enmarcado por los servicios que se prestan y la población de responsabilidad.

En muchos países existen varios «modelos» de centros, de diferentes tamaños: siguiendo a los diseñados en la región de Andalucía reconocemos cuatro tipos: (determinados por la población a cargo)

- **Consultorio auxiliar(tipo 0) (600-1500 hab):** El personal adscrito debe trasladarse, en un tiempo no mayor de 30 minutos del consultorio tipo 1.Consultas de exploración estándar.
- **Consultorio Local (tipo 1) (>1500 hab.):** Ubicado en cabeceras municipales, de más de 1500 habitantes. Consultas curativas y preventivas.Podría según distancias, contar con una unidad de urgencias.
- **Centro de Salud (tipo 2) (8000-25000 hab):** Es la sede del Equipo de Salud. A cargo de la Zona Básica de salud. Cumple funciones asistenciales , de planificación y administrativas. Puede contar o no con servicios complementarios diagnósticos. El Consultorio Tipo 2 sería aquel donde se podrían realizar todas las acciones de APS, en forma más completa.
- **Centro de Coordinación de Distrito (tipo 3):** Características de Tipo 2, más el soporte administrativo y de apoyo de especialidades.

Accesibilidad

Considerada como clave a la hora de lograr impacto en los servicios otorgados, la concurrencia de la comunidad está ligada a multitud de factores, entre ellos los de tipo cultural, psicológico, etc. Se conocen experiencias en las cuales la construcción de edificios con materiales locales e incluso con la ayuda de la propia comunidad, resultaron en una mayor aceptación de su uso por la población y en el compromiso por su mantenimiento. Otros factores a tener en cuenta son una adecuada señalización del mismo, cercanía con medios de transporte, barreras arquitectónicas eliminadas (rampas para discapacitados, etc) comunicación telefónica, área de recepción al usuario, etc.

Confort

Ligado con el tiempo de permanencia que las personas deben ocupar al concurrir a un centro de salud, no pocas veces prolongado, está la posibilidad de brindar confort a las personas. Se consideran importantes la iluminación natural, ambientes agradables, calefacción/refrigeración, sanitarios, sala de espera con número suficiente de asientos, etc.

Satisfacción Profesional

Relacionada con la cantidad de espacio necesario , la calidad del mismo y la disponibilidad de los espacios para todas las actividades tales como:

- Biblioteca
- Sala de reuniones
- Vestuarios
- Sala de observación
- Archivos
- Estar
- Etc

Equipamiento de los Centros de Salud:

Según servicios prestados por el centro de salud, y el nivel de tecnología disponible, será el equipamiento necesario. Se considera necesario:

Instrumental Biomédico

Según los programas implementados, ya sea camilla ginecológica , fotóforo ,etc, para la obtención de la muestra de PAP, en el programa de prevención del cáncer de cuello uterino, etc. También se puede tener en cuenta los espacios de trabajo; Ej.: Consultorio médico, con una descripción pormenarizada de los elementos necesarios, etc.

Mobiliario

Característico de cualquier unidad administrativa, sillas que respeten normas ergonómicas Pero sin olvidar aquellos relacionados con la actividad docente, retroproyector, diapositivas, etc.

Informática

Existe experiencia suficiente para la utilización como archivo de historias clínicas, etc.

Actividades en los Centros de Salud:

Las Actividades de los centros de salud, siempre se han clasificado según las posibilidades de intervención en los diferentes niveles de la historia natural de la enfermedad, en Prevención, Promoción, Curación y Rehabilitación de las enfermedades, pero también y siguiendo a la definición del proceso de salud-enfermedad enunciada por la OMS y tomada por la definición de APS, a

ciertas características de la atención que deben tenerse en cuenta, esto es que la misma debe ser:

- Comprehensiva
- Continua
- Integral
- Accesible
- Permanente
- Activa
- Programada
- Evaluable
- Polivalente

Estas condiciones enmarcan a la «oferta» o «paquete mínimo» de actividades que serían las siguientes:

Atención curativa

- Consultas de tipo
  - Espontánea
  - Programada
  - Con Turnos
  - Urgente
  - Domiciliaria
  - Telefónica
- Utilización de Protocolos (de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento)
- Realización de Estudios Complementarios Básicos, (siempre que el nivel de referencia se encontrara alejado)
- Administración de Fármacos Esenciales, considerar fármacos especiales en casos puntuales.

Prevención y promoción

- **Actividades de prevención** (evitar la aparición de enfermedades) **y promoción de la salud** (elevar el nivel de salud presente)
- Programas de control y seguimiento según rango de edades y de detección precoz de enfermedades.

Rehabilitación y reinsercion social

- **Segun nivel técnico y distancia al centro de referencia** los centros de salud podrían asumir estas tareas. Por otro lado su conocimiento de la realidad local permitirían lograr la reinserción social más adecuada, luego de finalizado el evento patológico.

Trabajo en equipo

Diagnostico o análisis de situación de salud

Con la finalidad de orientar los pasos posteriores de la programación del trabajo a nivel local, establecer los primeros contactos con la población a cargo, etc

Participación comunitaria

Puede ser a través de los llamados Consejos de Salud, experiencias en las cuales la propia comunidad participa de la programación de actividades, gestión de recursos, etc.

Coordinación con el nivel especializado

Adecuado sistema de referencia y contrarreferencia

Programación

Según los problemas prioritarios encontrados

Docencia

Investigación

Autogestión de recursos

Registros

Vigilancia epidemiológica

Podríamos resumir lo anterior en que las actividades de un centro de salud resultarán de la combinación entre los aspectos relacionales (comprehensión, etc) y los aspectos técnicos que finalmente lograrán una atención de calidad

«... un equipo puede ser definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados...”

Personal

El personal que debería trabajar en un centro de salud, debería ser el más adecuado a las actividades y servicios que este presta. Por otro lado los centros de salud, en el marco de la APS, no escapan a los conceptos modernos de organización del trabajo, en el que las actividades se realizan de forma grupal o en equipo. "Esta metodología presenta ventajas sobre la realizada en forma individual, algunas de las cuales, serían:

- La actividad desarrollada por el conjunto es mayor que la realizada por la suma de las individuales.
- Las técnicas poco habituales se utilizan mejor
- Los miembros del equipo tienen una mayor satisfacción personal.
- Facilita y potencia el desarrollo de actividades, tales como la educación, etc.
- El paciente tiene mayor probabilidad de ser mejor atendido y tratado".

Ya en el año 1970 el Royal College of General Practitioners, se pronunciaba de la siguiente forma: «El concepto de atención médica integral comunitaria, orientada a la familia, exige un enfoque multidisciplinario1, e implica comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud, dentro de un marco de trabajo que permita centrar la atención sobre las necesidades totales de salud del paciente. Dentro de este contexto, estas necesidades ya no pueden ser satisfechas por un médico que trabaje aisladamente, sino que requieren de la formación de un equipo médico de Atención Primaria, cuyos miembros proporcionen cada uno una perspectiva diferente de conocimientos, actitudes y habilidades»

Es el ámbito de trabajo, la complejidad del mismo, la imposibilidad de abordar adecuadamente los problemas, lo que exige un abordaje múltiple.

Existen muchos conceptos de lo que «es» un equipo de salud, citando al Dr Martín Zurro, podríamos afirmar que..»un equipo puede ser definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados".

Será necesario definir en el análisis de situación de salud los problemas de mayor prioridad y desde allí definir objetivos principales consensuados por todos donde cada disciplina que integre el equipo realizará su aporte en forma articulada.

La OMS define al equipo como «una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común, que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible». También existen otras opiniones al respecto entre las que se cita a Pritchard, el que reconoce aspectos más funcionales: distingue equipos «intrínsecos», en el que los miembros no están prefijados sino que se determinan en función de la tarea que hay que llevar a cabo, lo que le da un carácter flexible y transitorio, disolviéndose una vez que la tarea finaliza. Equipos «funcionales», para coordinar diferentes temas asistenciales u organizativos, etc. y Bertucelli, para quién ..»Los Equipos Primarios de Salud, son unidades de impacto transdiciplinarias, intersectoriales, que se autoconvocan de acuerdo a la característica del problema a resolver, que coevolucionan con él, con modalidades rotativas de poder y se disuelven una vez operados los cambios esperados».

Los equipos pueden tener composición y número de miembros diferente según los países. Factores que influyen en la composición son:

- La situación política y económica de un país.
- La infraestructura sanitaria.
- Las necesidades de salud
- La disponibilidad de profesionales sanitarios titulados
- La estructura poblacional.
- Los objetivos y organización general del sistema de salud de un pais y las funciones que en él se atribuyen a los distintos profesionales de Atención Primaria.

"El Núcleo Básico, lo constituyen un mínimo de tres perfiles, entre ellos:(en muchos países del mundo)

- Un oficial médico o asistente médico
- Una enfermera/partera/enfermera de salud publica
- Un ayudante sanitario".

Es decir «el formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud y sin lo que es imposible hablar de un verdadero equipo», ci-

tando a los españoles, para los cuales, los médicos, los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los administrativos son los elementos constitutivos básicos.

Luego , se ubicarían los «elementos de apoyo especializado del equipo»:

- Odontología
- Salud Mental
- Atención de la Mujer
- Métodos complementarios
- Farmacia

En el decreto regulador, artículo nro2, de las actividades en APS, en Bélgica, se lee:

El Centro de Salud Integrado deberá tener un equipo multidisciplinario que incluya por lo menos las profesiones siguientes: Enfermería, Kinesiología y Medicina».

En casi todo el mundo el personal médico reconocido para trabajar en centros de salud, es el médico generalista ,(aunque también se lo conoce con otros nombres en diferentes países)

Su perfil profesional, ámbito de trabajo y contenido teórico que hacen a su especialidad, lo ponen en una situación favorable para desempeñarse en el primer nivel de atención.

En 1974, los miembros del New Leenwenhorst Group, grupo de trabajo europeo que tiene como fin, promover la Medicina General a través del estudio y la docencia, definieron al trabajo del médico de familia como sigue:

«... El médico de familia es un licenciado en Medicina que da cuidado personal, primario y continuado a individuos, familias y comunidades independientemente de la edad, sexo o enfermedad de que se trate. Atenderá a sus pacientes en la consulta, en sus hogares, y a veces en clínicas u hospitales. Incluirá e integrará en sus consideraciones sobre salud y enfermedad factores físicos, psicológicos y sociales. Todo esto será manifestado en el cuidado a sus pacientes y sobre cualquier problema que a él ,como médico, se le presente, tomará una decisión inicial ...” Se hará responsable de la atención continuada de sus pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales. El contacto prolongado significa que el puede emplear diferentes ocasiones para reunir información de cada paciente y mantener una relación de confianza mutua que pueda usar profesionalmente. Practicará y trabajará con otros profesionales ya sean o no personal sanitario. Sabrá cuando y como actuar a través del tratamiento, la prevención y la educación para la salud de sus pacientes y de sus familias, y reconocerá que tiene una responsabilidad profesional para con su comunidad».

Si bien larga , esta definición reúne las características que la APS requiere para generar actividades participativas, esto es profesionales con habilidades particulares, con un enfoque individual, familiar y comunitario.

Este concepto , fue adoptado como descripción del Médico de Familia por el Standing Committee of Doctors of the European Community en 1985, el que obliga a todos los países miembros a establecer una formación de posgrado en la antedicha especialidad de un mínimo de 2 años (ya que las diferencias entre países era muy importante) y solo éste requisito permitiría ocupar un puesto de trabajo en los centros de salud de todos los países miembros. Luego se extendió a 3 años la formación, con un 50%/50% de entrenamiento intra-extra hospitalaria.

Vale la pena citar un artículo publicado en la Revista JAMA,en el que se llega a la conclusión que el médico generalista posee el perfil más adecuado para trabajar en atención médica primaria (con la salvedad de que esto no es lo mismo que APS), ya que a partir de un listado de habilidades / conocimientos, etc, de un total de 60 (discutibles o no) la formación en EEUU, de un médico generalista incluye un 95% de las mismas.

El punto fundamental de todo el personal de trabajo (no solo de los médicos) debería ser su *polivalencia*, es decir su capacidad probada de que ningún problema le «es» ajeno, aunque corresponda a otro grupo profesional o de cualquier índole (rango de edad o tipo de enfermedad)

“... El punto fundamental de todo el personal de trabajo (no solo de los médicos) debería ser su* polivalencia*, es decir su capacidad probada de que ningún problema le «es» ajeno, aunque corresponda a otro grupo profesional o de cualquier índole (rango de edad o tipo de enfermedad)...”

En algunos países como en el caso de España, el primer nivel incluye a los pediatras. Siendo fruto de discusión si el generalista debe abarcar todo el rango de edades y problemas de salud, cada país implementa sus plantillas según la serie de variables que enunciáramos más arriba.

Otro punto de discusión lo constituye el número de sus integrantes; el área de responsabilidad, el tipo y cantidad de población a cargo y los servicios prestados determinan el tamaño de un equipo. Si el número de integrantes no es bien estimado, el tiempo de atención y la calidad de la misma se verá afectado, así como las relaciones inter e intra-institucionales.

En Gran Bretaña, el Centro de Salud responsable de una población de 10.000 habitantes dispone de 10-12 personas: 3 a 4 médicos generales; 2 a 3 auxiliares médicos sociales, y 2 a 3 administrativos. El equipo es *integrado* porque cada agente es polivalente, compartiendo responsabilidades en todas las actividades del Centro de Salud.

La Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, en su Comisión de Mejora de la Calidad, recomienda criterios para establecer números de miembros: "por cada médico debe haber una enfermera/o; por cada Unidad Básica de Atención (UAB, conformada por un médico y un enfermero), debe haber un personal de soporte(administrativo), se dispondrá de pediatra, solo si las necesidades de salud del grupo, implican una dedicación específica igual o superior a 4 días semanales, también influyen el tiempo estimado de consulta, el número de éstas por día,(ya que en el caso de los médicos; su tiempo se debería repartir entre 2/3 de atención directa y 1/3 formación / docencia/etc".

Financiamiento

Los centros de salud, generalmente están inmersos en un sistema más amplio que los contiene y cuyo financiamiento es el mismo que el de todos los efectores. Sin embargo, existen experiencias en las cuales, los centros intentan generar sus propios recursos y llegar así al auto-financiamiento.

Como primer paso ,cada centro debería conocer claramente cuales son sus gastos regulares, sus necesidades de recursos, materiales, humanos, etc. Las propuestas de financiamiento son varias, y van desde el aporte estatal, al convenio con efectores privados (empresas proveedoras de recursos humanos, organizaciones privadas, etc) pero generalmente todas necesitan del aporte de los usuarios, de una u otra manera.

Para lograr esto se deberían explorar ciertos aspectos de su comunidad; especialmente la capacidad de aporte. El tipo de aporte puede ir desde el pago por acto, una cápita por servicios, etc. *En general se ha visto que el pago por acto determina una disminución de la accesibilidad y esto iría en contra de las premisas de equidad y universalidad*. Cualquiera sea el sistema debería fomentar mecanismos de solidaridad, que cubran a los que menos tienen y/o más necesiten. En relación a los servicios prestados, la comunidad valoriza más las actividades curativas, que las de tipo preventivo o comunitarias, para las cuales existiría una menor predisposición al aporte.

El control de los recursos podría estar si la relación con la comunidad es la adecuada, regulada por el Comité de Salud, u otro organismo local, que no solo se ocuparía de priorizar los problemas sino de disponer de los medios para solucionarlos.

Sea de una u otra forma, el análisis de costo por servicio brindado y el beneficio obtenido muestra una clara diferencia entre aquellas actividades esencialmente curativas, preventivas y de tipo comunitarias. Las primeras conllevan un alto porcentaje del presupuesto y un elevado gasto por resultado obtenido, no así las restantes, por lo que cada país debería analizar estos datos a la hora de elaborar sus presupuesto y sus prioridades.

Experiencias más recientes, otorgan un gran papel en el contexto global de la adjudicación de presupuestos a los equipos de atención primaria, donde el médico generalista, se convierte en gestor de sus propios fondos; "en el caso norteamericano, a partir de la década del 70, surgieron aseguradoras, que ofrecían medidas preventivas (de ahí su nombre Health Manteinance Organizations, HMO), y obligaban al usuario a acudir primero a su médico de cabecera y este decidía si debía acudir a otro nivel de atención" (función de gatekeeper), el médico participaba en la gestión de los gastos que generaba con su actividad. Asumía una responsabilidad directa sobre los presupuestos que se le asignaban. Mediante un contrato se regula su renumeración y participación en los "beneficios" que genere su trabajo.

En Inglaterra, la Reforma del NHS de 1991, supuso la aparición de los Grupos de Médicos Generales que manejan presupuestos (GP´s Fund Holders GPSHs). A mediados de 1997, el 50% de los médicos generales británicos estaban agrupados bajo este sistema, gestionando directamente su presupuesto, que garantizaba la mayor parte de las prestaciones. Mediante contratos directos y explícitos con hospitales y servicios comunitarios ejercían una función de "compradores de

servicios sanitarios". El nuevo documento para la reforma del NHS, en 1997 critica algunos aspectos y propone la creación de grupos o Consorcios de Atención Primaria (Primary Care Trust) en el cual se conformará una comisión directiva y no todos los médicos estarán obligados, sino los más capaces e interesados a realizar tareas de gestión .

Participación Comunitaria

Considerada uno de los pilares básicos de la estrategia APS, la Participación Comunitaria implica una serie de consideraciones básicas:

- La comunidad y los individuos dejan de ser «objetos» de atención y se convierten en «sujetos» ACTIVOS , que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella.
- La salud no es un bien que se «da», sino que ha de ser generada desde «adentro»,del seno de la propia comunidad.
- Los efectores de salud, no están «fuera» de esa comunidad, sino que forman parte de ella, por lo que deben buscar mecanismos de interacción con ella.

Por otro lado, la Carta de Ottawa, documento que sintetiza la visión de la promoción de salud, amplía más el concepto, ya que considera y reconoce que fuera de los servicios de salud, ya se están produciendo acciones que inciden en la salud y que no deben dejar de ser reconocidas.

Conceptualmente la participación comunitaria, se reconoce como ...»aquella parte de la acción social en salud, que es regulada por los servicios a partir de los mecanismos que estos estableen o articulan», o «un conjunto de mecanismos que los servicios de salud ponen en marcha y articulan y que hacen más o menos permeables a la influencia del medio social». Otros conceptos abordan aspectos diferentes, más desde el lado de la propia comunidad:...»una serie de actividades sencillas, que en ningún caso tienen que ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades de los individuos, de las familias y de la comunidad, y a mejorar la calidad de vida. Se basa en el supuesto que la salud se hace o se deshace en los lugares en que los individuos viven o trabajan...».

La OMS reconoce a toda una serie de actividades tales como los cuidados que brindan las madres a sus hijos, los que se prestan a los ancianos, el apoyo que reciben algunas personas de sus vecinos o conocidos y todo el conjunto de acciones sanitarias que se prestan unas personas a otras sin recibir renumeración económica, como de un 80% del total del trabajo en salud; de allí su importancia. Así también de ese porcentaje , son las madres las principales efectoras de cuidados básicos. (fundamento este de programas como el AIEPI).

No solo por llevar adelante la estrategia, el sistema de salud debe favorecer la participación, existen otros motivos, sumamente importantes:

- Los servicios de salud necesitan legitimarse socialmente.
- Las intervenciones sanitarias deben realizarse en un medio social concreto
- La participación social, es un derecho consagrado por las leyes.
- Las personas, usuarios del sistema, tiene opiniones relevantes con respecto a este.
- La relación intersectorial, es fundamental para abordar problemas de salud pública.

Profundizando en el marco teórico de la participación, diríamos que la misma se produce en la interfase entre los servicios y el medio social y es una cualidad de carácter gradual, desde servicios totalmente «impermeables» a aquellos con una adecuada organización participativa.

Los servicios están sujetos a su propia organización y dependencia de normativas superiores; la comunidad responde a su propio entramado, compuesto de individuos, organizaciones , valores, creencias, su cultura toda.

Los «mecanismos» o «puentes» para conectar estas dos realidades han sido muchos: consejos de salud, etc. pero también podríamos analizar la «arquitectura», de estos instrumentos, que tendrán mayor o menor relevancia, según los siguientes cuatro atributos:

- Quién ha sido el promotor de lograr la interacción y participación: el EAP, la comunidad, la administración central, etc.
- El grado de Formalización: es decir si se han sido normatizados, o es una «actitud» del personal del centro de salud.
- Si la participación permite la expresión individual o colectiva de la comunidad.
- El grado de poder cedido, según el mecanismo participativo elegido.

También existen experiencias, que podríamos-siguiendo a los conceptos que hemos dado en llamarlos de participación-intervención, en las cuales y siguiendo a Bertucelli: «....entendemos que

las poblaciones no permanecen estáticas en el tiempo sino que se despliegan y repliegan en movimientos continuos de búsqueda de bienestar. El desafío que esto plantea a los profesionales de la salud.......consiste principalmente en reconocer la existencia de movimientos comunitarios emergentes y articularse a ellos. para desde allí, lograr impactar en el tema de salud específico que la población priorice en ese momento....esta estrategia poblacional en salud presupone que existen búsquedas de salud genuinas que deben ser la base del trabajo en APS.

Dentro del marco histórico latinoamericano la participación comunitaria ha sido puesta en marcha con distintos matices y orientaciones. En su idea general involucra la participación de la comunidad en el diseño de estrategias preventivas, de abordaje de problemáticas históricas y de participación social en los procesos de toma de decisiones en salud.

Cuando se diseñan acciones o programas preventivos que no surgen de esta forma, pueden expresarse riesgos importantes en el desarrollo de los mismos, sobretodo cuando esta participación sea diseñada sin comprender la realidad local, y en todo caso los sujetos son actores pasivos sin poder de decisión en las acciones a planificar. En base un tanto a la prevención y los riesgos que la misma puede generar cuando los programas surgen desde niveles alejados al cuál se aplicará, podemos considerar a modo de ejemplo lo que menciona Denise Najmanovich 2 en el control de la fiebre Amarilla realizado en América Latina en el siglo XX. En ese sentido se menciona que uno de los objetivos era "disminuir la densidad del mosquito Aedes Aegypti, teniendo en cuenta que la Fiebre Amarilla, a diferencia del Tifus o la diarrea infantil (que solo afectaba a poblaciones autóctonas), no hacia distinción entre viajeros y habitantes. En el inicio de la erradicación de la fiebre amarilla y siguiendo a Najmanonivich, se plantea que los habitantes de las localidades infectadas eran los responsables de eliminar las larvas de los mosquitos y que los inspectores sanitarios eran los encargados de controlarlos. Los mencionados inspectores tenían derecho a examinar por completo a las viviendas, reglamentándose también hasta los modos de vida de las personas con autoridad de castigar a quienes no cumplieran. Esta situación muestra que muchas veces la prevención que no ha sido eje directo de las acciones de la participación comunitaria va en desmedro de la propia comunidad. Pero posiblemente esto este dentro de un uso de la participación comunitaria como medida de control social específicamente.

"... Cuando se diseñan acciones o programas preventivos que no surgen de esta forma, pueden expresarse riesgos importantes en el desarrollo de los mismos, sobretodo cuando esta participación sea diseñada sin comprender la realidad local, y en todo caso los sujetos son actores pasivos sin poder de decisión en las acciones a planificar ..."

La participación comunitaria y el centro de salud:

La OMS define a la participación comunitaria del siguiente modo:

> "Proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario"

En esta definición a nuestro criterio esta implícita la necesidad de considerar al centro de salud como un impulsor de la participación comunitaria. Las razones de esto se sustentan en el conocimiento posible que puede disponer el propio centro de salud y el mismo equipo de salud de las familias e individuos locales en cuanto a sus condiciones de salud. Para ello la posibilidad de desarrollo de un análisis de situación de salud de la región local puede ser un instrumento válido de detección de prioridades para abordaje en la búsqueda de soluciones . Si en el diseño del análisis intervino la comunidad el mismo estará en superioridad de condiciones. Lamentablemente este paso en el análisis de situación es tremenda-

".. El concepto de salud que adherimos en este modelo involucra desde el inicio considerar las determinantes de la salud: sociales, culturales, económicos ambientales y políticos. Esto implica considerar a la salud como sujeta a los mencionados determinantes y la posibilidad de modificarlos en caso de ser los mismos influencias negativas en la situación socio sanitaria ..."

mente difícil de desarrollar pero es importante considerarlo. También no todos los centros de salud están en condiciones de realizar el mencionado análisis de situación. Este dependerá de la existencia de un verdadero equipo que se plantee objetivos generales donde cada disciplina (por mas que los integrantes sea enfermero y médico) realice su aporte a la construcción del mismo. Es por ello que quizá corresponda en primera medida y como paso previo a la participación comunitaria en salud la formalización del equipo de salud de un centro y el convencimiento de planificar acciones en base a la misma.

El concepto de salud que adherimos en este modelo involucra desde el inicio considerar las determinantes de la salud: sociales, culturales, económicos ambientales y políticos. Esto implica considerar a la salud como sujeta a los mencionados determinantes y la posibilidad de modificarlos en caso de ser los mismos influencias negativas en la situación socio sanitaria. El poder político aquí se relaciona indefectiblemente con los determinantes de la salud y el surgimiento de la participación comunitaria no lo fortalecerá, más bien procederá a criticarlo. Es por ello que la participación comunitaria es un modo de producir modificaciones desde los individuos que critican con su acción y modo de ver las cosas a las situaciones imperantes. De igual modo no es posible estancar a la participación comunitaria solo en la crítica al poder y que esa crítica no sea generadora de propuestas constructivas o alternativas. Aquí las responsabilidades son enormes en la construcción de líneas de cambios en situaciones desfavorables en la salud.

La participación comunitaria como mecanismo de transformación en la salud:

La participación Comunitaria puede contribuir a llevar a la practica 3 orientaciones importantes a saber:

> ***"... La participación comunitaria en salud no significa convertir a toda la población en médicos ni que cada decisión en salud debe ser tomada mediante una asamblea ... A su vez el equipo de salud no debe posicionarse en el rol de educadores si no en el de elementos participes en la lógica de compartir visiones diferentes ... "***

1-HA DE SER AVAL ESENCIAL PARA EL IMPULSO DE LA PREVENCIÓN Y LA APS.

Este aval puede ser primordial para enfatizar la estrategia de APS en sitios donde no es considerada o desconsiderada por la misma comunidad o por el mismo sistema de salud, tal el caso de numerosos sitios de nuestro país. Teniendo en cuenta además que en el centro de salud, como primer nivel de la APS, puede ser el sitio natural en el desarrollo de acciones preventivas por excelencia, sin olvidar la importancia de disponer de resolución a problemas asistenciales previamente. El conocimiento por parte de la comunidad de su propia salud puede ser el elemento detonante de impulso a la APS.

2-ES UNA FACILITADORA DE LA COORDINACIÓN DE LAS MÚLTIPLES ACTIVIDADES DEL ESTADO EN EL ÁREA SALUD.

La participación comunitaria facilitará las actividades del estado en la salud si es considerada la comunidad como elemento incluyente en el diseño de estrategias.

3-PUEDE PERMITIR LA CONSTRUCCIÓN DE UNA VISIÓN HOLISTICA DE LA SALUD.

Creemos en este sentido que el concepto holístico de la salud implica la consideración del concepto moderno sumado a los determinantes de la salud y no la concepción biologicista.

En el marco del ejercicio de toma de decisiones en salud y a decir de Castellanos: "La participación comunitaria en salud no significa convertir a toda la población en médicos ni que cada decisión en salud debe ser tomada mediante una asamblea" En el espacio de participación comunitaria en la salud es posible que el equipo de salud considere que Los conocimientos a transferir deben ser operativos, permitiendo a la comunidad definir sus prioridades al tiempo que se reconoce la validez y percepción e interpretación de los fenómenos de salud para la elaboración de una visión colectiva. Se articula al saber popular con los elementos del pensamiento científico y técnico. Esto es válido de considerar por el hecho constante que se aprecia de no posicionarse en educadores si no en elementos participes en la lógica de compartir visiones diferentes.

Dimensiones de la Participacion Comunitaria

Podemos además definir que la PC puede ser considerada desde distintas dimensiones:

Aspecto o momento en el cuál la comunidad participa: aquí la participación puede darse solo en el momento de la discusión o en la toma de decisiones en varios niveles: desde la definición de mecanismos para que la comunidad se involucre o hasta el manejo de los recursos.-puede ser también en el entrenamiento, en la ejecución de las tareas o solamente en la utilización de los servicios.-

Mecanismos a través de los cuales se propone la participación: Programas que proponen la participación de individuos aislados: clásica figura del promotor de salud con dos opciones: que sean elegidos por la comunidad o por los responsables del proyecto.

Los miembros de las comunidades pueden realizar acciones grupales a través de organizaciones: "comité de salud", este puede crear nuevas instancias por y para programas de salud o apoyarse en instituciones existentes en la comunidad. Este último parece ser un referente en nuestro medio, donde se encuentran desarrollándose diferentes experiencias en ese sentido, incluyéndose el espacio físico del centro de salud para el desarrollo de las reuniones del foro o comité de salud. Es necesario considerar que los mecanismos de participación tradicionales han sido variados, entre ellos:

- -Contacto Intersectorial
- -Contacto con redes sociales y líderes comunitarios
- -Creación de grupos de apoyo
- -Trabajo con promotores o agentes locales de salud
- -Encuestas de satisfacción
- -Sistema de reclamos y sugerencias
- -Marketing y relaciones públicas
- -Cultura de orientación al usuario
- -Máxima capacidad de elección al usuario

Cada uno de ellos, poseen sus características y han tenido resultados disímiles, según el tiempo y lugar de su implementación

Horizonte temporal de la participación.-

- Programas que proponen una participación permanente.-(quizá los de mayor impacto y compromiso.-)
- Programas que proponen participación en períodos de tiempo limitados.-(tal el caso de aquellos que llegan financiados por organismos internacionales por ejemplo que no garantizan continuidad en el tiempo.-

"... Los profesionales de la salud no marcamos el camino, sino que debemos aprender a buscar, dejarnos llevar....en ésta situación, sentimos que el movimiento comunitario nos atrae hacia adentro de la población hasta obtener el aporte y luego nos libera, a diferencia de lo que ocurre cuando el profesional intenta desarraigar, atrapar a la gente para integrarla a organizaciones jerárquicas con el fin de «fundar» espacios de salud y luego soltarlos para que vuelvan a su cotidianeidad a reproducir lo supuestamente aprendido ..."

- Tipo de acciones que realiza la comunidad.-
- Variedad enorme de acciones y será dependiente de los objetivos del programa, por ejemplo: hacer letrinas, vacunar niños, distribuir medicamentos, etc.

Conclusiones sobre la PC

Cuando la PC se propone respetando la estructura organizativa de la comunidad y brindando posibilidades de crecimiento a sus miembros puede conseguirse altos grados de participación e involucramiento. Esto determinará que la experiencia pueda ser exitosa. De igual modo sucederá cuando la propuesta de participación integra los objetivos en salud con beneficios en otras áreas de la vida de la comunidad.

Será necesario la búsqueda de modos de medición que sean capaces de determinar la eficacia de los programas que se diseñen.-(aún no hay demasiados métodos de medición a decir de numerosas autores al respecto). Será también necesario repensar el significado del poder en cada institución.-

También será necesario disponer de coherencia y perseverancia. Ante lo difícil que se plantea el camino ante un desafío como puede ser estimular la PC es importante considerar que una experiencia por pequeña que sea puede motivar a otro para que la realice en su ámbito.

Tengamos en cuenta que no existen los sitios ideales para desarrollar experiencias de participacion comunitaria, todos tienen conflictos. También como todo hecho relacional, los resultados son imprevisibles. Los beneficios de la PC dependerán del empuje y de la continuidad de los hechos.

Los profesionales de la salud no marcamos el camino, sino que debemos aprender a buscar, dejarnos llevar....en ésta situación, sentimos que el movimiento comunitario nos atrae hacia adentro de la población hasta obtener el aporte y luego nos libera, a diferencia de lo que ocurre cuando el profesional intenta desarraigar, atrapar a la gente para integrarla a organizaciones jerárquicas con el fin de «fundar» espacios de salud y luego soltarlos para que vuelvan a su cotidianeidad a reproducir lo supuestamente aprendido.. «.

Algunas de las herramientas utilizadas en estas experiencias fueron las llamadas familias llave-clave, quienes («....para aproximarnos decidimos buscar los medios que la misma población proporcionaba para hacerlo, explorando llegadas de confianza...») por relaciones de confianza a través de los lazos socio-afectivos, iban incorporando a más gente a lo programas de control: embarazo, crecimiento y desarrollo, etc., pero no solo en una función amplificadora, sino «.....duplicamos con esta modalidad las familias que ingresaban al programa en los tres primeros meses. De este modo la gente fue reapropiándose del servicio y fue ofreciéndolo a través de sus relaciones socio-afectivas...» Estas experiencias se engloban en el concepto del autor de «Endoepidemiología» es decir...»en el contexto de la APS, en micropoblaciones, concebimos estratégicamente a la Epidemiología como Endoepidemiología, es decir como el estudio y la articulación a movimientos de búsqueda de salud genuinos o primordiales que se generan en la poblaciones de las Américas -aún en las de riesgo ecológico social— para poder impactar sobre las enfermedades que las visiten o residen en ellas».

Sistema de Salud

Este punto se refiere específicamente al Centro de Salud como parte de un sistema integrado de salud ,es decir «un sistema organizado como un conjunto, en el que todos los elementos son dispuestos, organizados y coordinados en función de un objetivo común: aceptar la responsabilidad por la salud de la población».

Para que exista una adecuada integración del trabajo deben cumplirse tres condiciones básicas:

- Todas las situaciones deben ser cubiertas
- Cada elemento del sistema tiene una función específica
- La relación entre los elementos del sistema debe ser adecuada

Además de lo antedicho, como sistema sanitario; sus elementos, en este caso los centros de salud, también guardan relaciones de ida y vuelta con otras instituciones, con las que deben estar también adecuadamente relacionadas: Educativas-Distritales, etc.

En cuanto al sistema estrictamente sanitario, las relaciones entre niveles están determinadas claramente por varias situaciones:

- Dirección y coordinación de las actividades
- Planificación central y periférica de las actividades
- Obtención de recursos
- Coordinación en las tareas asistenciales.

En este último punto, generalmente, donde están involucradas las personas sujetos de nuestra atención, es donde mayores problemas se suscitan.

El nivel de resolución de un centro de salud, de los problemas presentados y su rol de «puerta de entrada» al sistema, determinan que los usuarios inicien su camino de búsqueda de recuperar el bienestar perdido, en la consulta y debieran ser «conducidos» adecuadamente dentro del sistema, hasta el nivel que aporte la mayor solución posible.

Las situaciones incluyen:

- Interconsultas con otros especialistas
- Realización de estudios complementarios
- Internación
- Seguimiento de pacientes de muy alto riesgo

Estas relaciones han sido , sin embargo difíciles, ya que varios factores han concurrido para ello: el primer nivel de atención siempre ha sido considerado como un lugar «inferior» de trabajo, donde la escasa (innecesaria) tecnología y los motivos aparentemente «banales» de consulta, hacen poco deseable, como ámbito de progreso personal o intelectual. Por ende los

“... El nivel de resolución de un centro de salud, de los problemas presentados y su rol de «puerta de entrada» al sistema, determinan que los usuarios inicien su camino de búsqueda de recuperar el bienestar perdido, en la consulta y debieran ser «conducidos» adecuadamente dentro del sistema, hasta el nivel que aporte la mayor solución posible ...”

que trabajen en ese nivel son considerados de igual forma. Por otro lado , el ámbito sí legitimado es el del hospital, casualmente donde están aquellos pacientes (aunque no en todos los casos) que no han recibido las medidas preventivas o de tratamiento adecuadas por no contar con un nivel de atención básico.

Comparase esto con los sistemas integrados de aquellos países donde el sistema ha sido invertido, y donde todo «comienza» en los centros de salud: «.....Premisas: La atención hospitalaria es un complemento del programa de atención integral a la familia cuyo máximo responsable es el Médico de la Familia......Toda la organización de hospital debe estar en función de lo que sea mejor para el paciente, y no de lo que sea mejor o más cómodo para la institución...»

El rol del hospital debería cumplir con dos funciones básicas:

- Como referencia del primer nivel
- Como apoyo, en dos tareas importantes a cargo de personas especializadas que ocasionalmente hayan su espacio fIsico en el hospital:
  - capacitación
  - supervisión

Clásicamente deberían prevalecer las interconsultas a las derivaciones, es decir que el médico de cabecera no pierde responsabilidad sobre el paciente y el interconsultante lo «devuelve», con una adecuada contrarreferencia. Se considera adecuada un 4 a 6% de interconsultas sobre el total de consultas.

Varios estudios han medido lo que ocurre cuando un paciente es derivado: Sainz N et al. :»más del 50% de los pacientes se pierden sin tener noticias de ellos. De los que se recibe información del otro especialista, el 22% es verbal; de los escritos, el 16% es ilegible, en un 30% no tiene diagnóstico y el 24% no tiene tratamiento. Por parte del derivador se registra la derivación en un 70% de los casos y el diagnóstico coincide con el del especialista en un 80%».

El ida y vuelta, deberían tener instrumentos adecuados, especialmente registros:

- Hoja de interconsulta, derivación
- Solicitud de análisis
- Solicitud de Diagnósticos por Imágenes
- Hoja de Internación.

Cada una de ellas con sus formatos adecuados.

Otras experiencias garantizan, para la interconsulta, la posibilidad de realizarla regularmente en el mismo centro de salud, con la visita del interconsultante a la misma, lo que le ahorraría el viaje al usuario.

Cada lugar debe buscar sus propias condiciones de trabajo, guardando ciertas características generales.

Resumen

La experiencia revisada, sobre los Centros de Salud, en el país y en el mundo a través de búsqueda bibliográfica y opinión de informadores claves, nos revelan algunos puntos sobresalientes , a saber:

- En los lugares, donde la APS, fue incorporada a las políticas nacionales o locales de salud, con una verdadera implementación, los Centros de Salud, como estructuras principales de dicha estrategia , se desarrollan con gran auge.
- Existe un reconocimiento general, del Centro de Salud, como estructura principal del primer nivel de atención, con características propias, diferentes del resto del sistema de salud y cumpliendo una función de “regulador del sistema”.
- Al cumplirse los pasos anteriores, con el desarrollo adecuado de los Centros de Salud, el Hospital adquiere otro perfil, como apoyo del primer nivel, dedicación a la resolución de problemas de salud más complejos, supervisión, docencia, etc.
- La modalidad de trabajo en equipo, aparece como la más explorada y efectiva, en los Centros de Salud. Estos equipos varían en su número, pero su composición incluye: médicos enrolados en la APS (especialmente generalistas), enfermeros, asistentes sociales, trabajadores de salud mental y administrativos. En muchos lugares, se incorpora la figura del agente o promotor sanitario.
- Adjudicar población a cargo, aparece como un paso necesario, a los fines de lograr resultados efectivos en salud, como cobertura, impacto, etc.
- El financiamiento, generalmente de soporte estatal, puede reconocer un origen mixto de los fondos en modalidades diferentes. Reorientar los fondos destinados al 2do y 3er nivel aparece como una consecuencia importante del trabajo orientado al primer nivel. Debe ser necesario enfatizar el financiamiento con orientación al primer nivel
- El Centro de Salud, es reconocido como un espacio, donde pueden realizarse todas aquellas actividades, que comprenden el cuerpo orgánico de la medicina: Curación, Prevención, Promoción y Rehabilitación de la Salud. Las relaciones interpersonales, ocupan un lugar privilegiado.
- La Participación Comunitaria, aparece como una de las actividades de la APS, más importantes, pero la que más dificultades ha encontrado a la hora de su implementación y de su evaluación posterior.



CONCEPTUALIZACIONES SOBRE CENTROS DE SALUD
SU ROL COMO PUNTO DE INTER-ACCION CON LA POBLACION

"... La especificidad de los Centros de Salud en la estrategia de Atención Primaria, es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios de salud integrales destinados a resolver, aliviar, ó prevenir sus problemas de salud, evitando su medicalización injustificada ... Por esta razón el CS no se define por sus características técnicas, sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable... En la visión de la OMS el CS es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención médica, superando por su concepto de trabajo en equipo la alternativa del médico general aislado... "

En la República Argentina, a través de su historia, podemos observar algunas tendencias, en lo que se refiere a su sistema sanitario: un proceso de descentralización (transferencia de administración sin recursos financieros) progresivo de la nación a las provincias, que se realizó a lo largo del tiempo, en forma sinuosa y prolongada; propuestas que giraron siempre alrededor del hospital estatal público, estructura considerada punto central del sistema sanitario; fragmentación de todo el sistema, subsistiendo el estado, las obras sociales y el sector privado en forma independiente, pero en cierta medida relacionados estos últimos con el estado, sobretodo en relación financiera, con algunos intentos nunca exitosos, de unificación; gran influencia de los procesos socio-políticos, como en toda la vida de la nación, que repercutían en la continuidad de las propuestas, y la progresiva incorporación de los contenidos estratégicos de la Atención Primaria de la Salud.

Paralelamente, la experiencia internacional, ha sido incesante y progresiva en la incorporación de la Estrategia de APS, en muchos países y varios de sus componentes son reconocidos como fundamentales, a la hora de establecer sistemas de salud, que arrojen resultados favorables en salud.

Nuestro país, necesita, determinar en primer lugar, los pasos necesarios para la implementación eficaz de un sistema dinámico, regionalizado, descentralizado, con una clara orientación hacia la APS, y luego, según nuestra historia y características culturales, un modelo propio, que brinde el máximo de beneficio a la gente, destinataria de todos estas actividades, siempre en la lógica del derecho a la salud. El terreno de la investigación y el estudio de estos temas deberían ser impulsados, desde los más altos niveles sanitarios, en un trabajo incesante de mejora y discusión.

4.1. El Entorno Favorable

Toda propuesta en el ámbito de la organización de servicios, debe tener un marco conceptual que la sostenga. Los Centros de Salud no pueden ni deben ser considerados como estructuras aisladas, sino en el contexto de un sistema más amplio que los contiene.

Por ende, no parece equivocado iniciar esta propuesta abordando , desde una visión más macro, lo que llamaríamos el "entorno favorable" para que los Centros de Salud, puedan desarrollar toda la potencialidad que se les adjudica. Conocida es la relación que existe entre la capacidad para lograr objetivos de una organización y el "contexto" donde se desenvuelve; variables políticas, sociales, económicas, culturales, etc, por un lado (conformando la influencia "externa") y el tipo y grado de organización interna , por el otro. (cultura organizacional).

Para la mayoría de los países- incluido el nuestro- son objetivos primordiales la equidad, la solidaridad, la eficiencia, la eficacia, la contención del gasto con el máximo de resultado, la satisfacción de los usuarios y la mejora de los

indicadores generales de salud. Esto genera diferentes propuestas; modelos de organización de los sistemas de salud, que varían en un amplio rango. Nuestro país, ha adoptado en forma progresiva, la estrategia de Atención Primaria de Salud, primero como un Programa, hasta el momento actual en el que se la considera parte fundamental de las Políticas de Salud. Aquí encontramos el primer paso en el camino de desarrollar un Primer Nivel de Calidad; no es posible llevar adelante modalidades de atención basadas en pequeñas unidades, tales como los Centros de Salud, sin una Estrategia de APS, implementada, en un Marco Legislativo Adecuado, consensuado entre nación, provincias y municipios. Mecanismos efectivos de coordinación entre estos niveles, son necesarios para que la APS, pase de los enunciados del nivel central a la práctica del nivel de distrito o municipal.

Se llega así al segundo paso necesario, en un nivel intermedio del sistema: el Sistema de Salud, sea éste del ámbito público o privado debe adoptar estrategias de Regionalización, con una adecuada planificación de los niveles de atención según complejidad y grado de resolución.

Y finalmente en el ámbito jurisdiccional, más pequeño, el de los municipios o distritos deben implementarse algunos de los modelos que han intentado hacer operacionalizable a la estrategia de APS:

- Sistemas Locales de Salud
- Sistema de Salud de Distrito
- Areas Programáticas.

Resumiendo:

Para un adecuado desarrollo de los Centros de salud, deben establecerse algunas condiciones, que llamamos "entorno favorable" en un Sistema de Salud.

Es necesario:

- Políticas de Salud, que tomen como eje de su organización a la Atención Primaria de Salud.
- Marco legislativo adecuado
- Regionalización
- Mecanismos locales de implementación de la APS.

4.2. Conceptualizacion de centro de salud

La O.M.S. define al Centro de Salud (CS) como un elemento del Sistema Local de Salud, (SILOS) Es la parte de los servicios del SILOS cuya especificidad en la estrategia de Atención Primaria es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios de salud integrales destinados a resolver, aliviar, ó prevenir sus problemas de salud, evitando su medicalización injustificada

Por esta razón el CS no se define por sus características técnicas, sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable.

En la visión de la OMS el CS es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención médica, público ó privado, superando por su concepto de trabajo en equipo la alternativa del médico general aislado

Condiciones de las relaciones participativas: Comprehension - Continuidad – Integración

Para poder establecer un buen nivel de relaciones participativas con la población la atención del CS debería ser Comprehensiva, Continua e Integral.

COMPREHENSIVA (EMPÁTICA O GLOBAL SON SINÓNIMOS)

Las personas deben ser consideradas en todas sus dimensiones; incluyendo las socioeconómicas y psicoculturales; y no sólo como clientes ó usuarios de atención médica, afectados por enfermedades, síntomas ó riesgos. Esto requiere, por parte del personal un enfoque comprehensivo de la gente; tanto en el plano individual como comunitario (el término comprehensivo es utilizado aquí en su sentido antropológico: «capacidad de ponerse en el lugar de otro y ver las cosas desde su punto de vista, y con sus valores y prioridades»)

"... el término comprehensivo es utilizado aquí en su sentido antropológico: «capacidad de ponerse en el lugar de otro y ver las cosas desde su punto de vista, y con sus valores y prioridades»... el personal de salud debe ser capaz de comprender que para la gente, la salud, y las actividades de salud, pueden no tener más que una importancia relativa, en el contexto de sus preocupaciones actuales y futuras... habitualmente la gente busca alguien «que la comprenda y le ayude a vivir, no alguien que le indique cómo debe vivir»..."

En otros términos, el personal de salud debe ser capaz de comprender que para la gente, la salud, y las actividades de salud, pueden no tener más que una importancia relativa, en el contexto de sus preocupaciones actuales y futuras.

El enfoque comprehensivo es necesario tanto en una perspectiva de educación sanitaria, como de autorresponsabilización. No tener presente esto lleva indefectiblemente a la medicalización creciente de la población.

Aunque la excelencia técnica es la cualidad priorizada por la gente en una situación de alto riesgo, normalmente las cosas no son tan dramáticas, y la gente busca alguien «que la comprenda y le ayude a vivir, no alguien que le indique cómo debe vivir»

CONTINUA:

La atención debería ser ininterrumpida desde el comienzo hasta el fin de cada problema de salud, episodio de enfermedad, ó de las personas que consultan, sus familias, y el conjunto de necesidades de salud de la población. La continuidad se ve favorecida por la comprensión y el sistema de pago de los servicios.

En efecto solo un enfoque comprehensivo permite que la gente acepte servicios que no responden a las demandas expresadas inicialmente, es decir cuando los aspectos preocupantes del cuadro clínico se han atenuado. Es fácil hacer aceptar una cirugía a un paciente con apendicitis, no lo es por el contrario hacer aceptar una dieta o cambio de hábitos de vida, ó tratamiento por toda la vida a un diabético ó hipertenso.

Complementariamente la continuidad de la relación con la gente en tanto que individuos, y miembros de la comunidad, es una condición necesaria para concretar la comprehensión, ya que permite conocer a las personas mejor que a través de las tradicionales y reducidas relaciones que existen habitualmente entre proveedores y usuarios de los servicios de atención médica centrados en diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Los sistemas de pago por acto médico constituyen fuertes barreras para la continuidad, por razones obvias: costo beneficio decreciente para el paciente al atenuarse los síntomas.

INTEGRAL :

Las actividades de promoción, prevención y educación para la salud son complementarias de las actividades curativas, y en conjunto forman parte del desarrollo socioeconómico. La integración esta ligada a la comprehensión y la continuidad que son a la vez condiciones y consecuencias.

- **Condiciones**, puesto que proveyendo diferentes tipos de atención se crea la posibilidad de comprender mejor a la gente, sus problemas, las causas de los mismos y las alternativas de solución individual, familiar y social.
- **Consecuencias**, puesto que gracias a la comprehensión y a la continuidad el personal de salud puede identificar el tipo más adecuado de atención a proveer: promoción, prevención, curación ó educación.

En conjunto estas tres características de la atención del CS tratan de promover una interacción y diálogo continuo con la población, y por consecuencia a promover la participación y el compromiso de la población.

“... La Comprehension, Continuidad e Integralidad en la atención del CS tratan de promover una interacción y diálogo continuo con la población, y por consecuencia a promover la participación y el compromiso de la población ...”

Características del Centro de Salud : Prioridad a la participación

La prioridad al aspecto relacional de la atención (Comprensión, Continuidad e Integración) no significa que debe olvidarse la calidad técnica de la atención. Sin embargo debe evitarse la introducción de técnicas complejas en el CS, si conllevan un grado de especialización técnica tal que perjudique la Comprensión, Continuidad e Integralidad de la atención.

Tal cosa ocurre cuando la técnica requiere para su aplicación adecuada una gran disponibilidad física y mental que reduce el tiempo disponible para la relación con las personas.

Sin embargo el nivel técnico debe ser suficiente como para crear confianza en los usuarios, a través de respuestas efectivas a la mayor parte de los problemas percibidos como importantes, en caso contrario el CS será visualizado por la población como un lugar de atención para patología banal, y sólo interesante si es muy accesible, constituyendo sólo una alternativa a la automedicación ó la consulta en la farmacia.

Incentivar la consulta mediante gratificaciones, (alimentos, leche en polvo), no puede subsanar esta falta básica de confianza en la calidad técni-

"... el nivel técnico debe ser suficiente como para crear confianza en los usuarios, a través de respuestas efectivas a la mayor parte de los problemas percibidos como importantes, en caso contrario el CS será visualizado por la población como un lugar de atención para patología banal, y sólo interesante si es muy accesible, constituyendo sólo una alternativa a la automedicación ó la consulta en la farmacia ..."

ca de la atención. En estas condiciones el CS no puede cumplir su función ligada a la continuidad. En conclusión, el nivel técnico debe ser aumentado en tanto y en cuanto contribuya a aumentar la confianza de la población y el aspecto relacional de la atención, que constituye la especificidad del CS. Simultáneamente debe ser también suficiente como para satisfacer, en cierta medida, las expectativas profesionales del personal.

Nivel técnico:« Diferencias en la aplicación del mismo modelo conceptual »

El nivel técnico de la atención que el CS debería ofrecer depende de la situación, es decir:

DE LOS PROBLEMAS A RESOLVER

Depende de los problemas, porque para una técnica dada, mientras más frecuente sea el problema, más conviene solucionarlo a proximidad de la gente, ej. un CS ubicado en un área con alta incidencia de diarrea/deshidratación debería contar con una unidad de rehidratación oral.

DE LOS RECURSOS

Depende de los recursos, porque para una técnica dada, mientras más consume recursos, más difícil es disponer de estos recursos en muchos lugares a la vez, ej. en el caso anterior de CS que atienden partos eutócicos, resulta costoso é ineficaz montar atención para partos distócicos, aunque algunos la necesitarán.

DE LAS POSIBILIDADES DE REFERENCIA AL HOSPITAL

Depende por fin de las posibilidades de referencia, porque para una técnica dada es mejor descentralizar su ejecución, si el nivel de referencia es poco accesible, ej. la cesárea en CS rurales muy distantes, ó con problemas de comunicación con el hospital de referencia. Por todas estas razones el nivel técnico del CS debe ser considerado en el contexto del SILOS, buscando la mejor complementariedad entre el Centro de Salud y el Hospital.

En tanto el CS provea atención continua, global e integrada, el hecho de que en diferentes países o situaciones, los CS tengan diferentes capacidades técnicas, no está en contradicción con la definición que la OMS da al CS en el contexto de la APS.

Actividades periféricas: Diferentes aplicaciones del mismo modelo conceptual

En la misma forma, la pertinencia de extender la cobertura del CS mediante Subcentros, Puestos de Salud, equipos móviles, o promotores comunitarios; depende de los problemas y la situación, y por consecuencia la decisión debe adoptarse en el contexto del SILOS y según las condiciones locales

Especificidad

En razón de su especificidad el CS no es reemplazable por otro tipo de instituciones; como Hospitales, cuya especificidad es proveer atención más compleja y especializada, y que sólo pueden funcionar adecuadamente si reciben una población ya seleccionada

En caso contrario el hospital se ve sumergido por problemas de salud que sólo puede resolver incluyendo a los pacientes en sus procesos de atención complejos, esto dispersa los recursos de los casos que realmente requieren atención compleja (el caso de las guardias hospitalarias recargadas de pacientes con síntomas banales es harto conocido). Por lo tanto la creación de CS es pertinente aún en zonas urbanas donde la población dispone de servicios hospitalarios cercanos.

"... En razón de su especificidad el CS no es reemplazable por otro tipo de instituciones; como Hospitales, cuya especificidad es proveer atención más compleja y especializada, y que sólo pueden funcionar adecuadamente si reciben una población ya seleccionada ..."

La comunidad

El CS es responsable de una población definida. La dimensión de esta población es un problema estructural, pero el tipo de población es un problema conceptual. Idealmente la población debería estar constituida por personas con problemas comunes en todos los ámbitos o al menos en el de la salud, es decir acercarse lo más posible a una comunidad.

En las zonas rurales de los países en desarrollo es fácil definir una comunidad, como un grupo de personas que viven en una zona geográfica determinada. Por el contrario en las zonas urbanas, donde existen posibilidades de acceso a varias alternativas de atención, la población se reduce a un conjunto de personas registradas; situación que reduce el rol del CS en ámbitos tales como el saneamiento ambiental, y complica la educación sanitaria y la relación, ya que puede suponerse que esta población este integrada por personas de diversas comunidades, con diferentes culturas, con intereses a veces contrapuestos, ó que rehusarán atención conjunta. Asignar población a un CS en áreas urbanas en Argentina sobre criterios geográficos, salvo en áreas socioeconómicamente y culturalmente muy homogéneas, dará poblaciones ficticias, que impedirán evaluar cobertura de actividades del CS.

4.3. Condiciones estructurales:

A fin de poder jugar su rol como punto de interacción con la población, la organización del CS debe posibilitar la accesibilidad en todas sus dimensiones: horarias, psico-culturales y económicas, tanto como las geográficas.

"... A fin de poder jugar su rol como punto de interacción con la población, la organización del CS debe posibilitar la accesibilidad en todas sus dimensiones ..."

Descentralización

Para posibilitar un máximo de accesibilidad geográfica el CS debe ubicarse lo más cerca posible de la población. Para asegurar esta condición se ha propuesto utilizar como criterio una distancia máxima a recorrer por la gente para llegar al CS (criterio del radio de cobertura) .No obstante, en las poblaciones dispersas, este criterio llevaría a

"... la población debería estar constituida por personas con problemas comunes en todos los ámbitos o al menos en el de la salud, es decir acercarse lo más posible a una comunidad ..."

establecer un CS para tan poca gente que ningún servicio real sería posible. Por esta razón el criterio de tamaño de la población nos parece más adecuado. Si la utilización de este criterio no permite asegurar una accesibilidad geográfica suficiente a toda la población, debe recurrirse a actividades periféricas por medio de extensiones.

Integración del equipo

El CS debe funcionar con un equipo integrado; un equipo integrado se compone idealmente de personal polivalente, que comparte, según su nivel de formación, una responsabilidad común frente a todos los problemas de salud de la población.

Si el nivel técnico de las tareas necesita personal con competencias específicas, será necesario crear un sistema de comunicación dentro del equipo, eventualmente con un sistema interno de referencias, como forma de asegurar que el equipo actúe en forma integrada. No obstante, esta situación crea problemas adicionales de relación; es más difícil de manejar, y por lo tanto aumenta el riesgo de fracaso.

Un equipo integrado de personal polivalente favorece la aceptabilidad. No hay barrera más grande para la aceptabilidad que encontrarse frente a una persona distinta para cada problema. Es en esto que reside la fuerza del médico generalista que trabaja solo; experiencia que no debe menospreciarse.

"... un equipo integrado se compone idealmente de personal polivalente, que comparte, según su nivel de formación, una responsabilidad común frente a todos los problemas de salud de la población... no hay barrera más grande para la aceptabilidad que encontrarse frente a una persona distinta para cada problema ..."

Permanencia

El CS debe funcionar con un equipo disponible en forma permanente, de manera de ser accesible en el tiempo, y estar disponible cuando la gente lo necesita. Esto es obviamente importante en relación a la atención curativa, en especial las urgencias; pero es también válido para las actividades comunitarias que son organizadas en forma independiente por la gente.

Tamaño

Todas las condiciones anteriores refuerzan la necesidad de disponer de CS pequeños, tanto en términos de población cubierta; como de personal, a efectos de crear más intimidad entre la población y el equipo; y a fin de manejar el servicio de manera más integrada. El equipo es integrado porque cada agente es polivalente compartiendo responsabilidades en todas las actividades del CS.

Aspectos humanos vs. Aspectos técnicos

Las condiciones ideales que ayudan a concretar los aspectos relacionales y participativos del CS, están sin embargo en contradicción con las condiciones que ayudan a concretar la competencia técnica; y por lo tanto la calidad de atención del CS.

Es por esta razón que la implantación de un CS debe enfrentar la solución de los problemas estructurales que se describen seguidamente.

4.4. Problemas estructurales

Los problemas estructurales pueden resumirse en definir cuál es el tamaño «óptimo», en todos los aspectos, del CS; para lograr un adecuado equilibrio entre el tamaño y el nivel tecnico:0

- El tamaño, que debe ser reducido, como condición necesaria al rol específico de relación humana del CS.
- El nivel técnico, como condición necesaria para proveer atención adecuada (aceptable por parte de la poblacion); lo cual puede requerir más personal; más equipamiento; edificios más grandes y complejos; una población mayor de usuarios, etc.

"... cada problema estructural puede resolverse más o menos fácilmente, a partir de decisiones empíricas y con sentido común; la utilización de técnicas de investigación operativa, puede ser también de gran utilidad para mejorar las decisiones, o resolver situaciones más complejas ..."

El nivel técnico deberá ser decidido en función de los problemas que se describen mas adelante en los puntos 4, 5 y 6.

En cada situación concreta cada problema estructural puede resolverse más o menos fácilmente, a partir de decisiones empíricas y con sentido común; la utilización de técnicas de investigación operativa, puede ser también de gran utilidad para mejorar las decisiones, o resolver situaciones más complejas; tal como lo demuestran un buen número de ejemplos en la investigación de sistemas de salud.

Tamaño de la población cubierta por un Centro de Salud

Es evidente que el tamaño de la población va a determinar todos los otros problemas estructurales cuantitativos. El tamaño de la población es el ejemplo tipo de problemas estructurales a resolver, y debe ser un compromiso entre lo chico y lo grande. Es un error insistir exclusivamente en la accesibilidad geográfica, aunque sea la dimensión más fácil de medir cuando se considera la accesibilidad global.

Dos situaciones pueden presentarse:

- **Población dispersa**: riesgo de crear CS muy pequeños y que tendrán grandes dificultades en alcanzar un nivel técnico adecuado. Aparentemente habrá una buena accesibilidad pero será necesario derivar muchos casos al establecimiento de referencia, que, alejado, será de todos modos menos accesible que un CS un poco menos accesible, pero mejor equipado y cubriendo una población mayor. Aún sin tener en cuenta la poca confianza de la población en este tipo de CS, se reduciría la accesibilidad geográfica total.
- **Población densa**: riesgo de crear grandes CS, con gran cantidad de personal, que habrán perdido toda su capacidad de atención continua y global. Un CS de este tipo no es conveniente porque no representa ninguna ventaja con respecto al acceso directo al hospital. Simultáneamente se haría peligrar el componente relacional del CS y el componente técnico del hospital, y la calidad final de la atención disminuiría.

El acceso directo al hospital de personas decepcionadas de la atención del CS, saturaría a éste de pacientes para los cuales su nivel técnico no es necesario, y esto aumentaría del costo de los servicios ofrecidos, y al mismo tiempo disminuiría su calidad técnica.

Por estos motivos el tamaño del CS, y el tamaño de la población cubierta pueden variar de un SILOS a otro, y a veces aún al interior de un SILOS. Estos argumentos racionales no podrán ser tenidos en cuenta en muchas situaciones concretas que no pueden modificarse fundamentalmente, sin embargo pueden servir de guía cuando existan posibilidades de cambio.

Es evidente la ventaja de un enfoque de SILOS, que conlleva una cierta flexibilidad en la aplicación de las normas nacionales, éstas, necesarias para distribuir los recursos, deben ser consideradas sólo como medias indicativas.

Localización geográfica

Es necesario considerar dos problemas:

- La población total del SILOS debe ser repartida en las diferentes «areas y/ó poblaciones de CS», según el tamaño promedio de area y población que un CS pueda cubrir, y según la distribución de la población en el área del SILOS
- Si un proyecto de implantación de CS no se planifica anticipadamente; se arriesga que los CS se implanten en los núcleos de población más densa, sin tener en cuenta la población dispersa que se encuentra entre ellos, y será difícil después modificar esta distribución para asegurar una buena cobertura.
- La responsabilidad de la planificación de la implantación de los CS incumbe en principio al equipo del SILOS, debe ser suficientemente flexible para permitir ajustes, ya que es imposible prever la preferencia de la gente por un lugar u otro para establecer el CS.
- Cuando se ha decidido establecer un CS en un área el segundo problema es dónde ubicarlo
- La localización exacta de un CS en un área dada es de nuevo un compromiso entre todas las poblaciones a cubrir.
- No obstante un CS no puede estar aislado: si un CS debe cubrir tres áreas, debe instalarse en una de ellos.
- La equidad geográfica sufrirá, pero el CS no puede ubicarse a distancia equidistante de los tres parajes.
- El personal podrá luego, corregir la inequidad desarrollando actividades periféricas.
- La localización final deberá decidirse tanto en razón de consideraciones técnicas (accesibilidad y posibilidades de actividades periféricas) como de factores locales más complejos, políticos, o de desarrollo.
- Por lo tanto esta localización final deberá negociarse con la población.

Un aspecto menos importante de este problema es la situación exacta del CS en el pueblo o el barrio. La tendencia antigua era de considerarlo uno de los «servicios públicos» y de situarlo junto a éstos. Sin embargo, si consideramos que el CS «debe pertenecer» a la población, (al menos culturalmente, ya que no legalmente) debería ubicárselo en el lugar más familiar para la gente, donde tienen la costumbre de reunirse.

El equipo

Con respecto al tamaño, la única recomendación general es que no debe ser demasiado grande; el tamaño dependerá de la población a cubrir, y del nivel técnico de las actividades.

Para ser capaz de ofrecer atención global, continua e integrada, creemos que el equipo mínimo es de tres personas

- Una persona con capacidad clínica capaz de asumir la atención curativa, (un médico generalista, ó un auxiliar médico)
- Una persona con capacidad médico social (una enfermera, ó una enfermera social)
- Un administrativo

El equipo debe ser reforzado si se debe cubrir una población más grande, o si se incorporan actividades suplementarias que requieran personal más especializado. Sin embargo el nivel técnico habitual de un CS no es tan elevado como para requerir especialistas.

Por ejemplo si se instala un laboratorio que necesita la presencia de un bioquímico, o un técnico de laboratorio, este laboratorio no tendrá nunca el nivel técnico para el cual es imprescindible tener una persona especializada.

En la misma forma, si se atienden partos, el nivel técnico disponible no sobrepasará las capacidades de un clínico general; por lo tanto la introducción de un tocoginecólogo en el equipo debe ser considerado más bien un apoyo al personal local, más que la introducción de una competencia especializada, y para ello el tocoginecólogo debe integrarse a todas las actividades del CS.

"... el acceso directo al hospital de personas decepcionadas de la atención del CS, saturaría a éste de pacientes para los cuales su nivel técnico no es necesario, y esto aumentaría el costo de los servicios ofrecidos, y al mismo tiempo disminuiría su calidad técnica ..."

"... cuando se introducen en el CS nuevas actividades que requieren personal suplementario, es mejor reforzar el equipo existente con personal polivalente, que incorporar personal especializado, que puede desintegrar el equipo absorbiendo al resto del personal responsabilidades importantes que deben normalmente compartirse ..."

La integración de actividades de control de la tuberculosis u otra patología, no debe requerir ninguna habilidad especial que no pueda ser asumida por personal polivalente.

Por lo tanto y como regla general, cuando se introducen en el CS nuevas actividades que requieren personal suplementario, es mejor reforzar el equipo polivalente existente con personal polivalente, que incorporar personal especializado, que puede desintegrar el equipo absorbiendo al resto del personal responsabilidades importantes que deben normalmente compartirse.

Tal cosa podría ocurrir por ej. si se incorporan médicos especialistas, educadores sanitarios, nutricionistas, agentes especializados en tuberculosis, etc.

Edificio

La dimensión del edificio depende de hecho del tamaño de la población; de la cantidad de personal, y del nivel técnico a desarrollar. En general deberá ser lo más simple posible, y corresponder a las necesidades de los servicios a organizar; y en particular a la necesidad de reuniones (del Comité de Salud por ejemplo)

El lugar de reunión deberá ser en la medida de lo posible abierto a fin de que las reuniones no se hagan a puerta cerrada. Debe considerarse la alternativa de utilizar otros edificios comunitarios disponibles, lo que tendría como ventaja adicional la posibilidad de trabajar mas fácilmente con otros sectores.

"... construir un edificio con materiales locales es asimismo factible y ventajoso, porque la gente puede hacerlo por sí misma, y con los recursos locales, y es más fácil de mantener porque la gente sabe cómo hacerlo ..."

La carencia de edificio no es una excusa para retardar el comienzo de las actividades, porque en general pueden utilizarse edificios existentes. Construir un edificio con materiales locales es asimismo factible y ventajoso, porque la gente puede hacerlo por sí misma, y con los recursos locales, y es más fácil de mantener porque la gente sabe cómo hacerlo. La utilización de material local presenta sin embargo algunos inconvenientes: El edificio es menos resistente y deberá ser reemplazado mas rápidamente. Su construcción requiere una organización y conciencia comunitarias sólidas, que generalmente no existen en el medio urbano.

A veces existe resistencia política, ya que la utilización de material local es considerada como retrógrada, e inclusive como un rechazo al desarrollo, (el material moderno es considerado un signo de prestigio y desarrollo)

Equipamiento

Como en lo que concierne al personal, el equipamiento depende de las actividades y del nivel de tecnología que deberá estar disponible en el CS, comprendiendo todos los elementos necesarios a la ejecución de actividades específicas de los programas, (por ejemplo el programa de vacunaciones necesita una heladera, el diagnóstico y tratamiento de tuberculosos un microscopio, etc.). En relación a esto se podría señalar que mientras más polivalente sea el equipamiento necesario para las actividades de un determinado programa, más se justifica su incorporación.

Los criterios de descentralización de una técnica son:

- las necesidades (accesibilidad)
- la motivación y competencia del personal encargado de aplicarla
- el costo

4.5. Servicios

Los servicios organizados en el CS son complementarios a los ofrecidos por otros niveles del sistema de salud, y otros servicios sociales, y deberían influenciarlos favorablemente. Primordialmente los servicios disponibles en el CS deberían contribuir a desarrollar entre los Servicios de Salud y la población una relación basada en la confianza recíproca.

Por este motivo es esencial que el CS responda *prioritariamente*, a las necesidades percibidas por la gente y que correspondan a

necesidades técnicas, y que además dé alguna solución a las demás necesidades, antes de intentar desarrollar actividades que corresponden a necesidades técnicas, pero que no son percibidas por la gente.

Invertir este esquema de acción es el error que cometen los programas verticales y que compromete generalmente su continuidad. Es en la consulta curativa donde mejor se percibe la demanda de la población, es decir sus problemas.

Por otra parte la implantación del CS debería disminuir rápidamente la necesidad de enviar pacientes a otras instituciones de salud menos accesibles y más costosas, como el Hospital. Esto concierne a la consulta curativa, e igualmente a la atención de enfermos crónicos y a los grupos de riesgo, como las embarazadas y los niños. Este análisis permitirá deducir cuáles son los servicios que deberán organizarse en prioridad en el CS.

La consulta curativa

La consulta deberá ser organizada como una acción activa y racional, y no como una respuesta pasiva a la demanda. Para ello es necesario considerar tres aspectos prioritarios:

- la utilización de árboles de decisión (algoritmos ó estrategias de diagnóstico y tratamiento) establecidos con el objetivo de detectar y tratar adecuadamente los problemas prioritarios (infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, meningitis, diarreas infantiles, hipertensión, etc.) y al mismo tiempo evitar el consumo inútil de medicamentos y otros recursos. En este sentido, lograr convencer a un paciente que no tiene necesidad de un largo viaje hacia el famoso hospital, o que no tiene necesidad de gastar sus escasos recursos en medicamentos inútiles, es un objetivo tan válido como el detectar un caso de tuberculosis, ó de rehidratar un niño con diarrea.
- La utilización de medicamentos esenciales, con el objetivo de mejorar su utilización, eficacia y disminuir el costo.
- Racionalización de las referencias: El envío de casos al hospital, ó a instituciones de nivel técnico más elevado debe hacerse en base a criterios que permitan evitar los falsos positivos y los falsos negativos (utilización de algoritmos y árboles de decisión) y debe organizarse de manera que sean enviados quienes realmente lo necesitan

> ***"... es esencial que el CS responda* prioritariamente*, a las necesidades percibidas por la gente y que correspondan a necesidades técnicas, y que además dé alguna solución a las demás necesidades, antes de intentar desarrollar actividades que corresponden a necesidades técnicas, pero que no son percibidas por la gente..."***

Atención y seguimiento activo de los enfermos crónicos

(Tuberculosos, asmáticos, hipertensos, diabéticos, etc.)

Este servicio es mucho más que una actividad meramente curativa, ya que debe resolver el problema de educación para asegurar la continuidad de la atención, en forma similar a la atención preventiva.

En efecto, la continuidad de la atención de los pacientes que no se sienten ya enfermos, ofrece al personal una oportunidad excelente de probar y mejorar su capacidad de comunicación con la gente. Como este problema solo concierne a un pequeño número de personas, bien conocido, puede ser considerado como un indicador de la capacidad del personal de comunicarse con la comunidad en un aspecto más amplio, y con el objetivo más ambicioso de la promoción y prevención.

El seguimiento implica:

- capacidad de autoevaluación a partir de la recolección y tratamiento de datos relativamente sencillos;
- el desarrollo de una estrategia sistemática de búsqueda de casos, y la capacidad de dar un objetivo simple y evidente a las visitas a domicilio;
- investigación, para identificar sobre un pequeño número de personas bien definidas, cuáles son los determinantes culturales y ambientales del comportamiento, e igualmente de los medios para modificarlos positivamente.

Atención y seguimiento activo de grupos de alto riesgo

En toda comunidad deben identificarse los grupos de alto riesgo, que pueden ser de tipo profesional, como los trabajadores industriales, o los agricultores expuestos a pesticidas, o que pueden ser grupos de edad, como los ancianos o los niños. La identificación de los grupos de riesgo requiere algunos conocimientos epidemiológicos; é información epidemiológica

"... de todos modos los niños, y las mujeres en edad reproductiva son grupos de riesgo que existen en toda comunidad; y pueden desarrollarse actividades mas o menos estándar sin esperar conocimientos epidemiológicos más precisos, que pueden por otra parte obtenerse por un análisis periódico de datos recolectados rutinariamente ... la estrategia puede adecuarse en relación a la situación local: mejor definición de los grupos de edad vulnerables, mejor adaptación de la periodicidad de los controles; mejor adaptación de la educación a los problemas locales ..."

adicional será necesaria para formular estrategias de seguimiento adecuadas para estos grupos.

De todos modos los niños, y las mujeres en edad reproductiva son grupos de riesgo que existen en toda comunidad; y pueden desarrollarse actividades mas o menos estándar sin esperar conocimientos epidemiológicos más precisos, que pueden por otra parte obtenerse por un análisis periódico de datos recolectados rutinariamente. Puede organizarse la atención de los lactantes haciendo regularmente el control de peso, la vacunación, la educación de las madres sobre nutrición, lactancia materna y rehidratación oral.

Por autoevaluación la estrategia puede adecuarse en relación a la situación local: mejor definición de los grupos de edad vulnerables, mejor adaptación de la periodicidad de los controles; mejor adaptación de la educación a los problemas locales. De la misma forma la atención prenatal puede organizarse con la vigilancia periódica de la evolución del embarazo; la identificación de los partos de alto riesgo para una referencia oportuna, la atención de las enfermedades vinculadas al embarazo, la educación en lactancia materna y vacunación antitetánica.

Igualmente aquí un mejor conocimiento de la comunidad y de las condiciones del medio puede ayudar a mejorar la atención prenatal y adecuarla a la situación global. En muchas comunidades rurales es solamente en este contexto que la educación en planificación familiar podrá ser introducida progresivamente; en tanto que en las zonas urbanas esta actividad podrá formar parte de los contenidos estándar desde el comienzo.

"... los tres servicios descriptos son fundamentales porque responden a las necesidades percibidas por la población; que son necesidades reales, por lo tanto son un punto de partida necesario en el enfoque de Atención Primaria ..."

Otras funciones

Los tres servicios descriptos con anterioridad son fundamentales porque responden a las necesidades percibidas por la población; que son necesidades reales, por lo tanto son un punto de partida necesario en el enfoque de Atención Primaria.

Las otras funciones como el saneamiento del medio, la educación sanitaria comunitaria, la vivienda, las campañas sistemáticas, podrán desarrollarse progresivamente; en un proceso a largo término que no debería anticiparse al diagnóstico comunitario y debería resultar de la interacción entre el servicio de salud y la comunidad.

4.6. Interacción con la comunidad

Diagnostico comunitario

El diagnóstico comunitario es un proceso progresivo a largo plazo mediante el cual el servicio de salud adquiere conocimientos sobre todos los aspectos de la vida comunitaria: ecológicos; culturales; económicos, sociales; demográficos y epidemiológicos.

Se desarrolla como el resultado de la interacción y el diálogo entre el personal de salud y la población, y del análisis de la información provisto por el sistema de información sanitaria.

Toda tentativa de hacer un diagnóstico comunitario rápido a través de un esfuerzo inicial, (generalmente una encuesta), puede inducir a error, dando la falsa impresión de un conocimiento que siempre será superficial e inclusive sesgado por prejuicios. Por ejemplo, la información estática de una encuesta inicial sobre las actitudes y comportamientos de la gente puede desactualizarse rápidamente con el mismo desarrollo del sistema.

Además las encuestas son inversiones costosas que consumen tiempo, no son comprendidas por la gente, y no tienen en cuenta la masa de conocimientos existentes que son generalmente suficientes para iniciar el desarrollo de

un servicio polivalente tal como ha sido descrito. Las encuestas deberían mas bien ser utilizadas en forma específica como contribuciones ocasionales para al desarrollo progresivo del diagnóstico comunitario.

Sin embargo el problema estructural de la localización del CS puede requerir información precisa de la distribución de la población, información que puede recogerse fácilmente mediante un censo, y que también será útil para definir la población de responsabilidad para la evaluación (disponibilidad de un denominador, y para determinar el grado de solidaridad existente (ver autofinanciamiento 6.6)

Si el censo se hace casa por casa, dará al personal un primer conocimiento de las condiciones de vida, y un comienzo de diálogo con las familias.

Dialogo y participación

EL DIÁLOGO Y LA PARTICIPACIÓN DEBEN DARSE A TODOS LOS NIVELES POSIBLES DE CONTACTO CON LA GENTE.

- El contenido del diálogo debe cubrir todos los temas que sean pertinentes en relación a los problemas de salud
- El personal debe aprender cuáles son las preocupaciones de la gente en el plano individual y comunitario, tanto en condiciones normales como anormales, y cuáles son las que les parecen realmente prioritarias (capacidad de comprensión)
- También deben aprender cómo la gente soluciona a su manera, bien o mal, los problemas que se les presentan.
- El personal debe ser capaz de informar a la gente de los medios que existen para responder a sus preocupaciones; de los recursos disponibles, y de las limitaciones que supone su organización dentro del SILOS.

OBJETIVOS DEL DIÁLOGO

- Concientizar a la gente de necesidades no percibidas; por ejemplo la importancia del estado nutricional del niño sobre la frecuencia y gravedad de las infecciones y en este sentido la importancia de la lactancia materna.
- Esto corresponde a la educación sanitaria tradicional unidireccional.
- Concientizar a la gente que algunas necesidades percibidas no tienen una base racional; por ejemplo el consumo de especialidades medicinales en relación a medicamentos genéricos.
- Capacitar al personal de salud para relativizar algunas de sus observaciones, por ej. el hecho de que algunos tuberculosos se presenten tardíamente al CS no es un problema demasiado importante en relación al problema total de la tuberculosis.
- Si por el contrario detectamos tuberculosos que no han sido diagnosticados, aunque consultaron, nos encontramos frente a un problema mucho más importante.
- Concientizar al personal de salud de los problemas de la gente que suelen subestimarse. Por ejemplo el valor del tratamiento precoz de la úlcera gastroduodenal reciente es subestimado, ya que el motivo de consulta del paciente es fácilmente rotulado como «psicosomático» en tanto es frecuente ver este problema, complicado, en el servicio de cirugía del hospital de referencia.
- El diálogo debería progresivamente llevar a la gente a decidir la utilización de sus propios recursos.
- Esto deberá ser considerado en el contexto del proceso de toma de decisiones (ver 7) y deberá ser apoyado por un sistema de financiamiento adecuado (ver 6.6)

El diálogo entre el personal de salud y la población no es una actividad «especializada» realizada en ocasiones precisas con objetivos específicos, sino que es un proceso continuo que depende de la actitud y del comportamiento normal del personal en cada oportunidad de entrar en contacto con la gente.

PUEDEN ENUMERARSE LAS SIGUIENTES OCASIONES DE DIÁLOGO

- Diálogo individual en la consulta; la ocasión más frecuente y menos utilizada es el consultorio, escuchar las reacciones del paciente al diagnóstico y tratamiento propuestos, explicarlos y adaptarlos para hacerlos más aceptables, son ocasiones casi ideales porque en ellas nos encontramos frente a «necesidades percibidas».
- Estas ocasiones sin embargo tienen sus límites porque en general no permiten ir mas allá de lo que se relaciona con los problemas percibidos por el paciente, y porque la ansiedad supone gran riesgo de sesgos; estos límites disminuyen en los encuentros posteriores con el paciente.
- Con los pacientes crónicos el diálogo es sumamente fructífero tanto para los problemas específicos, como para aquellos que no lo son.
- Individualmente, y también en el CS, el diálogo debe también desarrollarse con los usuarios de los servicios preventivos; lo que permite ampliar el diálogo a otros problemas no abordables durante la consulta curativa.

- Con los grupos pequeños el diálogo ya se convierte en una actividad más organizada.
- Esta puede darse en el CS en forma de sesiones educativas, por ejemplo con los usuarios de servicios preventivos, embarazadas que frecuentan la consulta prenatal, o madres de lactantes; o en el nivel de la familia durante las visitas a domicilio hechas con o sin objetivos específicos.
- Para los pacientes crónicos las visitas a domicilio son muy útiles porque rompen el aislamiento del paciente crónico en relación a su ambiente social inmediato.
- Las visitas a domicilio pueden ampliarse para abarcar más de una familia, y convertirse en diálogo con microcomunidades a nivel del barrio o del pueblo.
- Sistemático: todas las situaciones de diálogo descriptas previamente, aún las de pequeños grupos se dirigen a un público específico, y no significan diálogo con la población, en tanto que conjunto organizado; hecho que es absolutamente necesario cuando se trata de desarrollar la autogestión comunitaria del SILOS (ver 7 y 6.6)
- Este nivel de diálogo necesario a la autogestión comunitaria supone reuniones regulares con el Comité de Salud; ya se trate de un Comité específico, de una emanación de un Comité más global de desarrollo; o que el Comité de Desarrollo actúe como Comité de Salud no tiene mayor importancia; lo que importa es que este Comité sea lo más representativo posible de la comunidad, cosa que no es sencilla ya que implica un cierto número de consideraciones sociopolíticas locales.
- Es evidente que el nivel de autogestión que puede alcanzarse depende del nivel de representatividad del Comité de Salud y del liderazgo comunitario que tenga.
- Esto es aun más importante en el nivel del SILOS (ver 6.2)

Promotores de salud

A veces las actividades periféricas del CS implican el trabajo de personas, voluntarios o personal de tiempo parcial, que no pertenecen propiamente al personal de salud, y que son ó no pagadas por el servicio de salud; y que generalmente han sido designados por la misma comunidad.

El promotor comunitario depende de la comunidad y por lo tanto la necesidad de este personal, su selección, sus funciones, su formación y su supervisión son cuestiones que deben ser resueltas en la interacción de la población con el CS, ya que todo esto debería ser decidido localmente en el contexto del SILOS.

Es importante subrayar hasta que punto el promotor comunitario es un elemento débil del SILOS, inútilmente costoso y finalmente ineficaz cuando no es el resultado de la interacción con la población, y cuando, como es habitual resulta de una decisión adoptada en la cúpula.

4.7. Integración en el SILOS

Aspectos técnicos

El SILOS debería ser capaz de proveer todos los servicios necesarios para responder a los problemas prioritarios de salud; esto supone la capacidad de desarrollar un conjunto de actividades y tareas a repartir entre el hospital y el CS y/ó a coordinar intersectorialmente; que debe tender a evitar la superposición y/o competencia entre ambos niveles, así como la competencia ciega entre sectores.

Esto nos lleva a analizar la función del SILOS como lugar de planificación. Es evidente que todas las tareas con un gran componente de relaciones humanas y escasa complejidad técnica deben ser organizadas en el CS. Las tareas de mayor complejidad técnica deben asignarse según los criterios siguientes:

- El primero es objetivo, y se basa en los problemas, los recursos y las posibilidades de referencia
- Constituye el sujeto de estudios económicos (costo eficacia), epidemiológicos, y de investigación operativa
- El segundo toma en cuenta factores humanos: entre las tareas que podrían ser introducidas en el CS según el criterio objetivo anterior; cuáles son aquellas que van a reforzar su funcionamiento y cuales van a debilitarlo?
- Este es el dominio de la investigación psicosocial y el gerenciamiento.

En otras palabras, idealmente las tareas deberían confiarse a la institución más adaptada; pero a pesar de ello hay ciertas tareas técnicas que deben ejecutarse simultáneamente en el CS y el hospital, ya sea porque es indistinto, ó porque son necesarias a actividades que se realizan en los dos niveles de atención; por ejemplo un hemograma puede ser necesario tanto para un paciente hospitalizado como para un paciente ambulatorio.

Cuando se produce este tipo de superposición es importante que las tareas sean realizadas de la misma forma en los dos niveles; por ejemplo si el paciente que consulta directamente en el hospital es atendido por un especialista, se usan medicamentos distintos y más prestigiosos en el hospital; o los pacientes deben ir al hospital para realizar exámenes que podrían ser hechos en el CS estamos produciendo en la percepción de la gente la idea de que el hospital tiene una mejor calidad de atención y mantenemos por lo tanto la confusión entre calidad y nivel de atención. Esta confusión es, en todas las situaciones uno de los factores más importantes de disfuncionamiento del sistema de salud.

Finalmente un sistema de referencia y contrarreferencia en doble sentido debería funcionar de manera tal que cualquiera sea el nivel del sistema donde se encuentre el paciente pueda ser enviado a la institución más adecuada para sus necesidades actuales.

En este sentido otra característica importante del SILOS es que deben fijarse criterios de referencia comunes en todos los niveles; lo cual no sólo asegura la referencia propiamente dicha, cuando es necesaria, sino que evita a la gente situaciones conflictivas. Por ejemplo que los pacientes sean rechazados en el hospital cuando son referidos desde el CS.

De la especificidad del CS se desprende automaticamente el hecho de que la referencia desde el hospital al CS es tan necesaria como la inversa.

Aspectos comunitarios

El diálogo con la comunidad es una responsabilidad específica del CS; pero a veces los problemas son demasiado complejos para ser tratados en este nivel.En estas circunstancias es necesario a veces recurrir a un equipo que tenga mayor nivel de formación; del nivel Dirección del SILOS, a fin de resolver los problemas más complejos en el plano comunitario, y/o en la relación con el Comité de Salud.

Sin embargo esta intervención del equipo de Dirección, no debe interferir en la relación entre el personal del CS y la población. El equipo del SILOS deberá prestar mucha atención a no «puentear» el personal local; y por el contrario favorecer permanentemente el proceso de diálogo que debe continuar bajo la responsabilidad permanente del nivel local.

Por otra parte este compromiso de la comunidad al nivel local, debería poder proyectarse al nivel del distrito, y ser el punto de partida para un compromiso más amplio sobre el cual pueda apoyarse la planificación del SILOS. El diálogo a nivel local debe considerar este desarrollo futuro y no perder de vista que la comunidad local forma parte de una comunidad más grande.

Aspectos intersectoriales

La colaboración intersectorial es deseable en todos los niveles. Sin embargo hay algunos riesgos; mientras más alto sea el nivel institucional más probabilidades habrá de que la organización comunitaria con niveles de organización débiles se encuentre frente a una sólida coordinación entre organismos, y el compromiso comunitario no será más que una apariencia.

Como el CS se encuentra al nivel más bajo de la estructura institucional, y por lo tanto con mayores chances de homogeneidad comunitaria, tiene una posición privilegiada para desarrollar la colaboración con los otros sectores, y generar un proceso de desarrollo comunitario «con la población", más que «sobre» ella.

Supervisión

La supervisión debe concebirse como una formación continua del personal del CS por el equipo de la Dirección del SILOS. Su objetivo no es únicamente mantener la calidad del trabajo sino mejorar la capacitación del personal; ayudándole a aprovechar eficazmente las enseñanzas de su propia experiencia.

La supervisión involucra un complejo mecanismo de relaciones humanas que necesita una cierta continuidad en la relación, y una metodología estricta que podría resumirse en los siguientes principios:

- La supervisión no es útil si el supervisor no es capaz de ayudar al supervisado a mejorar su conducta. Por lo tanto el supervisor debe ser capaz de indicar no solamente qué es lo que no funciona sino porqué no funciona.
- En general esto sólo puede hacerse observando directamente el comportamiento del personal en sus condiciones de trabajo habituales; la observación directa seguida de una retroinformación equilibrada bajo forma de diálogo constituye el aspecto central de la supervisión.
- Todas las tareas deben ser supervisadas, no sólo por razones directas evidentes, sino

porque si algunas no lo son, esto puede disminuir su importancia relativa en el espíritu del personal.

- Algunos indicadores indirectos (análisis de informes, incidentes críticos); pueden ayudar a generar hipótesis sobre la calidad de trabajo en el CS, y ser utilizados por lo tanto para orientar la observación directa hacia eventuales puntos débiles.
- La capacitación del personal para identificar sus dudas, y por lo tanto para formular él mismo las preguntas al supervisor es un buen instrumento educativo.
- Es evidente que la supervisión necesita un clima de confianza recíproca.

La supervisión debe ser programada con la suficiente frecuencia como para que las enseñanzas no se olviden de un pasaje al siguiente; una jornada completa una vez por mes parece una buena fórmula.

Generalmente la supervisión es realizada por el Director del SILOS y su equipo; sin embargo es interesante involucrar a los médicos del hospital, por las siguientes razones:

- Permite a los médicos del hospital conocer los problemas del primer nivel y no aislarse en el confinamiento del hospital.
- Incluir médicos con práctica clínica continua mejora la calidad de la supervisión.

Hay poca experiencia de supervisión de profesionales fuera del ámbito de residencias, pero concibiendo la supervisión de la forma mencionada al principio no debería haber grandes problemas, en la medida en que al supervisor se le reconozca no sólo una jerarquía administrativa, sino también competencia y experiencia.

Aún profesionales bien formados pueden necesitar supervisión en tanto la capacidad de autoevaluación no forme parte de sus hábitos profesionales; y esto más aún si están aislados.

El sistema de información

El sistema de información tiene dos componentes y la racionalidad de su integración a nivel del distrito es diferente.

Historias clínicas individuales y familiares:

Su objetivo esencial es mejorar la continuidad de la atención individual, aunque también son una fuente importante de información para la evaluación. La historia clínica central debe estar en el CS porque es responsable de la continuidad de la atención, pero simultáneamente en cada referencia debe preverse la transmisión de la información necesaria a las otras instituciones.

Ejemplo de sistema de información sanitaria integrado

Un sistema de formularios y fichas establecido y ordenado jerárquicamente según su finalidad: Para asegurar la continuidad durante una enfermedad o un episodio de riesgo de media duración (continuidad intraepisodio), se utilizan diversas fichas mas o menos específicos que recogen información estandarizada.

- La historia clínica de hospitalización que se mantiene en el hospital hasta el alta del paciente.
- Fichas operacionales estandarizadas que se utilizan para diversas enfermedades crónicas (tuberculosis, hipertensión, diabetes, etc.), y para los episodios de riesgo prolongados (embarazos, control de crecimiento y desarrollo), y que se mantienen en el CS hasta el fin del episodio de enfermedad ó de riesgo.
- Un ticket simple que guardan los pacientes es utilizado para los episodios agudos simples.

Todos estos registros pueden transmitirse de una institución a otra cuando el enfermo es referido. Cuando un evento (de enfermedad o de riesgo ha finalizado, la información significativa seleccionada es transferida al registro permanente, que se describe a continuación, y el registro intraepisódico es retirado, (posteriormente será utilizado para evaluación)

La continuidad a largo plazo o continuidad interepisodios es asegurada por un registro individual permanente, «*la ficha de síntesis*». La ficha de síntesis se guarda en el CS, clasificada por individuo, familia, barrio, etc.La ficha de síntesis contiene información estandarizada, seleccionada a partir de la ficha o historia intraepisodio; en el momento en que ésta es retirada al fin del episodio. La información estándar que se retiene en la historia permanente ó Ficha de Síntesis, es seleccionada según su importancia para la comprensión futura de los problemas de salud de la persona. Las fichas de síntesis permanecen en el CS, y son enviadas a otro CS en forma definitiva cuando la persona cambia de CS en forma permanente. Son retiradas cuando la persona fallece. Aunque teóricamente cada persona de la comunidad debería tener su ficha de síntesis, por razones prácticas éstas sólo se inician cuando hay información significativa a registrar.

INFORME GENERAL DE ACTIVIDADES DEL CENTRO DE SALUD

Debe ser igualmente previsto para proveer puntos de comparación para la supervisión y la evaluación. El informe regular de actividades del CS debe ser lo más simple posible. Es una actividad complementaria y no debe transformar al personal en burócratas, cosa que es corriente observar cuando cada programa y nivel administrativo pide información en forma independiente, sobrecargando al personal con un volumen de trabajo que menoscaba el funcionamiento del CS.

La información a enviar en forma mensual o trimestral debería responder a los siguientes criterios:

- simple
- interesante para la supervisión o para la evaluación
- comprensible; y por ende aceptable para el personal

No es posible sobre la base de datos de rutina evaluar todas las actividades en forma válida. Algunos problemas particulares son los siguientes:

Denominador

- para algunas actividades es fácil encontrar denominadores, por ej.: el número de nacimientos esperados es un buen denominador para los vacunados menores de un año, y las embarazadas en control prenatal
- Este tipo de información constituye una expresión directa del trabajo realizado y el resultado obtenido, y su interés justifica el esfuerzo de recogerla.
- a veces no es fácil precisar el denominador; por ej. no es fácil encontrar un denominador válido para las mujeres embarazadas vacunadas contra el tétanos, ya que un denominador válido debería descontar, de las embarazadas bajo control, las vacunadas en embarazos anteriores, lo que es complicado.
- En este caso es más fácil calcular la cobertura de manera retrospectiva analizando las fichas individuales.

La información aislada que provee el CS sobre el número de vacunaciones efectuadas no es útil para la evaluación, pero, como es una información fácil de recoger, aceptable para el personal, y que refleja el trabajo efectuado, lo cual finalmente es útil para la supervisión, su envío sistemático se justifica.

Para actividades repetitivas como la regularidad en el tratamiento antituberculoso, antihipertensivo, o control del embarazo, el denominador adecuado es una cohorte, por lo que la evaluación debe hacerse retrospectivamente sobre la base de las fichas individuales o registros especiales.

Un informe regular de actividades realizadas, sin denominadores, tiene poca utilidad, sin embargo podría tener sentido para el personal y desde este punto de vista justificarse en ciertos casos informar por ejemplo:

- el número de fichas nuevas, de ser posible según origen;
- el numero de fichas al comienzo del período;
- el numero de fichas cerradas;
- el número de fichas al fin del período.

Información que aunque no permite evaluar el seguimiento de los casos, pone en evidencia ciertos problemas al supervisor y permite al personal visualizar los resultados de su trabajo.

- actividades complejas cuyo efecto no puede ser cuantificado directamente, por ej. número de reuniones con el Comité de Salud, número de visitas a domicilio, etc.

Informar estas actividades tiene poco sentido, sin embargo no hacerlo puede ser frustrante para el personal que les consagra una parte de su tiempo, y por lo tanto convendrá agregarlas teniendo presente que este tipo de información puede sesgar tanto al supervisor como al personal, más hacia la forma que el contenido.

4.8. Proceso de toma de decisiones

El enfoque de Atención Primaria pone énfasis en la participación comunitaria y por lo tanto en la toma descentralizada de decisiones (de abajo hacia arriba). Uno de los desafíos de los SILOS es encontrar la interfase adecuada entre esta forma de toma de decisiones, y la forma más tradicional de decisiones centralizadas en el proceso de planificación. El CS y su rol de punto de interacción entre el SILOS y la comunidad está obviamente en el centro de este desafío.

Toma Centralizada de Decisiones

Fundamentalmente puede decirse que la toma de decisiones de arriba hacia abajo es necesaria:

- Para distribuir equitativamente los recursos entre los CS.
- Para normatizar problemas técnicos.
- Para desarrollar una política nacional en base a prioridades nacionales.

“... el enfoque de Atención Primaria pone énfasis en la participación comunitaria y por lo tanto en la toma descentralizada de decisiones ...”

La toma centralizada de decisiones es inadecuada cuando se trata de actividades que requieren un gran apoyo comunitario, como por ejemplo cuando hay que planificar la cobertura.

Toma Descentralizada de Decisiones

La toma de decisiones en la base es adecuada cuando la gente puede expresar sus necesidades prioritarias y utilizar sus propios recursos. Es una expresión de la autogestión de la comunidad.

“... el desafío es actuar de tal manera que la gente perciba claramente que tiene algo que decir en la utilización de sus propios recursos, y acepte las decisiones que resulten de un diálogo compartido con el personal de salud que es quien tiene la competencia profesional ...”

El desafío es actuar de tal manera que la gente perciba claramente que tiene algo que decir en la utilización de sus propios recursos, y acepte las decisiones que resulten de un diálogo compartido con el personal de salud que es quien tiene la competencia profesional; lo cual representa un real desafío ya que la oferta comercial le da a la gente la impresión de que tienen total libertad para elegir, lo cual es falso ya que en una situación comercial la demanda está inducida por la oferta.

4.9. Proceso de evaluación

La Atención Primaria trata de ofrecer a la gente un mejor servicio global; y su evaluación no tiene por objetivo medir simplemente el impacto específico de la intervención sanitaria sobre uno u otro problema de salud. La evaluación de impacto directo ha servido como justificación del beneficio de programas verticales; sin embargo cuando estos programas son integrados en una perspectiva de Atención Primaria los objetivos de estos programas deben cambiar también, ya que la integración no es simplemente un medio para alcanzar objetivos de impacto, sino que es un modelo de organización más adecuado para alcanzar un cierto tipo de atención.

“... la integración no es simplemente un medio para alcanzar objetivos de impacto, sino que es un modelo de organización más adecuado para alcanzar un cierto tipo de atención ...”

En una situación de este tipo la evaluación del impacto directo es:

- Difícil y equívoca, porque algunos efectos dependen tanto de factores exteriores como de la atención medica.
- Larga, costosa, y frustrante para el equipo dado el gran esfuerzo de recolección de datos que implica; en este sentido puede tener un efecto negativo.
- Insuficiente; porque en un sistema complejo los subproductos de una acción son generalmente más importante a largo plazo que los efectos directos.

Por lo tanto priorizar los efectos directos mesurables a corto plazo, puede tener un efecto negativo para el desarrollo general del sistema.

- generalmente no es pertinente; porque provee información que no sirve para adoptar ninguna medida definida que tienda a mejorar la situación.

Por esta razón la evaluación del impacto directo debe ser reemplazado en el enfoque de Atención Primaria por un evaluación indirecta de «proceso». La evaluación de proceso trata de proveer al personal y a la población de indicadores de autoevaluación, con el objetivo de asegurar mejoras por retroacción interna. Se trata de un tipo de evaluación orientado a la decisión.

Ejemplo de proceso a evaluar: *La utilización por la población del CS:*

- En el contexto del SILOS se realiza por comparación con la utilización de otros CS, y del hospital, en este último caso se supone que un mejor funcionamiento del CS se traduce en una mejor utilización del nivel de referencia. Una medida simple es el número de consultas por habitante y por año; la utilidad de este valor es reducido, y sólo traduce en forma comparativa, y de acuerdo a su evolución la aceptabilidad del CS. Es de mayor utilidad el número de consultas de primera vez calculado exclusivamente para la población de responsabilidad.

Los procesos del SILOS pueden evaluarse a través de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de referencias al hospital en relación a las consultas del CS.
- Porcentaje de referencias aceptadas por la población en relación al total de referencias propuesto.
- Porcentaje de referencias útiles (verdaderos positivos), en relación a las referencias propuestas.
- Transmisión de la información; porcentaje de pacientes que llegan al hospital con una información adecuada en relación al total de pacientes referidos por el CS.
- La continuidad de la atención puede evaluarse a través de la calidad del seguimiento de pacientes crónicos, o de riesgo: Número de pacientes tuberculosos regulares en relación al total de tuberculosos en tratamiento; Número de consultas durante el embarazo, etc.
- En relación a actividades tales como vacunaciones o consulta prenatal, es más pertinente comparar los CS entre ellos y evaluar las tendencias que utilizar metas establecidas arbitrariamente.
- Equilibrio financiero del CS
- El compromiso de la comunidad puede evaluarse a través de indicadores simples, como por ejemplo la regularidad de las reuniones del Comité de Salud.

Medidas más elaboradas son: el tipo de problemas considerados, el compromiso de la gente en la decisión; el tipo de problemas identificados y la proposición de soluciones adecuadas.

- La concientización general de la población podrá evaluarse seleccionando algunos objetivos educacionales importantes y siguiendo la evolución de su comprensión.
- Las actividades intersectoriales pueden evaluarse de la misma forma que el compromiso comunitario.
- La evaluación de procesos es más compleja que la evaluación tradicional porque no puede basarse en objetivos (arbitrarios en el caso de un sistema), ó impactos específicos.

Utiliza comparaciones locales y tendencias, é información semicuantitativa.

Generalmente los datos admiten varias hipótesis y es a través de información de distintos orígenes que se rechazan y alguna de ellas es admitida como la más probable.

Una evaluación de proceso debería comprender también los subproductos de la decisión, de gran importancia en un sistema global, finalmente constituye parte de un SILOS administrado científicamente que trata de desarrollar criterios específicos, adaptados a la situación local.

“... la evaluación del impacto directo (resultado) debe ser reemplazado en el enfoque de Atención Primaria por un evaluación indirecta de «proceso» ... La evaluación de proceso trata de proveer al personal y a la población de indicadores de autoevaluación, con el objetivo de asegurar mejoras por retroacción interna ... Se trata de un tipo de evaluación orientado a la decisión ...”

MODULO 4: Gestion de un Centro de Salud

Capitulo

2



Organizacion de Actividades en el Centros de Salud



Asociacion Santafesina de Medicina General y Familiar

CAPITULO 2 - TEMA 1

Estrategias de organización de las actividades del centro de salud: un abordaje conceptual

Introducción
- La Meta
- Las Bases
- La Meta Operativa

Modelos de Organización del Area Sanitaria en un Equipo de Atención Primaria (EAP)
- Modelos de Organización del Area Médica
- Modelos de Organización del Area de Enfermería
- Modelos de Organización Médicos-Enfermería

CAPITULO 2 - TEMA 2

Propuestas prácticas para mejorar la organización de las actividades en el centro de salud

Introducción

Factores que Influyen en la Consulta Médica
- Las dimensiones del centro
- Dimensiones de la población adscripta:
- Pirámide poblacional y características de las poblaciones adscriptas
- Accesibilidad:
- Tipo de actividad asistencial:
- Aspectos relacionales médico/paciente
- Composición del equipo de atención primaria
- Tipo de equipo de atención primaria
- La motivación del personal:
- Demanda de frecuentación y presión asistencial:
- Tiempo por consulta
- El tipo de retribución

Situaciones que Influyen en la Consulta Médica
- Distintos supuestos

Propuestas de Mejora
- Propuestas dependientes de la institucion que regula, financia y provee la prestacion de salud (Sobre todo referido al subsector estatal):
- Propuestas dependientes de los usuarios
- Propuestas dependientes del centro
- Propuestas dependientes del microequipo funcional o unidad básica asistencial



ORGANIZACION DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD
UN ABORDAJE CONCEPTUAL

Este artículo trata de identificar, exponer y ordenar los elementos conceptuales que una atención primaria madura debe dominar para brindar a la población unos servicios excelentes. Considera la organización del área médica, del área de enfermería y de la interacción de ambos para lograr una organización profesional, empática y resolutiva.

El análisis parte de la premisa que el equipo debe resolver las necesidades sanitarias existentes sobre la base epidemiológica y poblacional con equidad y eficiencia. Para ello será necesario el desarrollo de un análisis de situación previa. Se analiza el tema considerando una visión organizativa que busque maximizar la capacidad productiva del equipo asistencial. Este enfoque pasa por realizar únicamente aquellas actuaciones que aportan valor a la atención al paciente.

Introducción

La organización de la consulta del médico Generalista es el huevo y la gallina de la organización de un centro de salud, ya que ésta es una de sus principales razones de ser para la población.

Hay que identificar ciertas claves para su abordaje:

– La meta perseguida.

– Cuál es la medida de la distancia que nos separa de la meta.

– La productividad como vector de acercamiento a la meta.

– Los factores que influyen en la misma.

Tras ello, es preciso traducir cada elemento de la productividad en la consulta a la realidad diaria de la atención a nuestra población.

La Meta

Para abordar desde un punto de vista práctico la organización sanitaria de un equipo de atención primaria (EAP) hay que partir de una premisa que debemos interiorizar a todos los miembros del mismo, si deseamos tener éxito en nuestro quehacer profesional en el contexto de un sistema de salud fragmentado como el nuestro (especificamente en el subsector estatal).

Esta premisa es la meta que nos mueve en la organización sanitaria que compartimos y que podemos enunciar así: *"Resolver las necesidades sanitarias existentes sobre la base epidemiológica y poblacional con equidad y eficiencia".* Este enunciado contiene la definición de varios conceptos que no son en absoluto banales y su semántica no es baladí, especialmente el verbo de acción, el denominador de la necesidad sanitaria existente, no sólo la atendida, y la epidemiología como eje de actuación. El verbo de acción "resolver" es determinante y orientará claramente nuestros esfuerzos; así, podemos lograr que algunos pacientes resuelvan su HTA aunque esté poco atendida. Otro tipo de metas reorientarán las actividades, perdiendo el valor que éstas atesoran.

Es imprescindible la asunción por parte de todos de que en nuestro EAP se va a generar un producto sanitario efectivo que se traducirá en "hacer las cosas adecuadas". Son tres los elementos que conforman nuestra productividad entendida en estos términos:

- *1.* "Qué" hacemos (oferta),
- *2.* "Cómo" lo hacemos (condiciones de calidad aparente e intrínseca) y
- *3.* "Por cuánto" (el coste de todo ello, no economico sino en el sentido de gasto de recursos).

Hay que partir de una premisa que debemos interiorizar a todos los miembros del equipo de atencion primaria. Esta premisa es la meta que nos mueve en la organización sanitaria que compartimos y que podemos enunciar así: **"Resolver las necesidades sanitarias existentes sobre la base epidemiológica y poblacional con equidad y eficiencia".** ***Este enunciado contiene la definición de varios conceptos que no son en absoluto banales y su semántica no es baladí, especialmente el verbo de acción, el denominador de la necesidad sanitaria existente, no sólo la atendida, y la epidemiología como eje de actuación. El verbo de acción "resolver" es determinante y orientará claramente nuestros esfuerzos. Otro tipo de metas reorientarán las actividades, perdiendo el valor que éstas atesoran.***

Los dos primeros elementos los dispondremos en el numerador y el tercero en el denominador. Tendremos éxito en tanto que esa medida de la productividad se incremente. "Será productivo lo que nos acerque a la meta e improductivo lo que nos aleje de ella", manifiesta Goldrat.

El resultado de esa ecuación va a depender enormemente del entorno laboral de nuestro EAP y de los procesos de comunicación y toma de decisiones clínicas y organizativas que se efectúen en el mismo.

La organización de la consulta debe estar, por tanto, orientada a la resolución de los problemas sanitarios de nuestros pacientes. Para ello, nada mejor que "ponernos en su pellejo" (empatía organizacional) y actuar en consecuencia con nuestro conocimiento del mundo sanitario y de la epidemiología.

"... Será productivo lo que nos acerque a la meta e improductivo lo que nos aleje de ella ...esto depende enormemente del entorno laboral de nuestro EAP y de los procesos de comunicación y toma de decisiones clínicas y organizativas que se efectúen en el mismo ..."

Las Bases

Hay cuatro conceptos que no podemos ni debemos olvidar para evitar caer en ciertos callejones sin salida, en nuestro bienintencionado interés por mejorar la organización de la consulta en nuestro EAP:

- ***1.* El iceberg de la morbilidad:** verdadero eje que determina las tareas que compartimos todos los profesionales sanitarios que podemos resumir en que desarrollamos acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. Estas acciones se identifican y se sitúan en el iceberg dependiendo de dónde tratemos de poner las barreras. Todos los profesionales de la salud actuamos en nuestro quehacer en este escenario, que debemos conocer perfectamente.

  Se ponen barreras para que los individuos sanos permanezcan en el "agua de la salud" y no pasen al estado de portadores de factores de riesgo o de enfermos no conocidos, en la parte sumergida del iceberg (prevención primaria), hay que poner barreras a los portadores de factores de riesgo para que éste se reduzca (prevención secundaria) y, por último, debemos evitar que los enfermos conocidos (parte visible del iceberg) pasen al estado "gaseoso" poniendo barreras para ello (prevención terciaria).

  El vector de la tendencia, que obviamente es ineludible, es el representado en forma de flecha hacia arriba. Las barreras tratan de lograr que ese vector se manifieste con menos fuerza y el paso de una a otra zona de las cuatro descritas sea más lento y/o difícil.

- ***2.* En la empresa convencional existe una relación inversa entre el número de personas y su capacidad de poder:** pocas personas en la cúspide de la empresa, los directivos, con alta concentración de poder, y una ancha base de personas, los operarios o empleados, con poco poder de decisión en la producción (qué se produce, cómo se produce y por cuánto se produce) de esa empresa. La influencia de la cúspide en el producto es importante.

  Sin embargo, en la "empresa" sanitaria, la pirámide del poder está en la amplia base de operarios (fundamentalmente médicos), el verdadero poder estratégico de la decisión en el uso de medios diagnósticos, alternativas terapéuticas y gastos, en suma, la dirección de la oferta y el consumo.

  Cada médico tiene ("en su lapicera") el poder de un jefe de compras, quedando la cúspide con la responsabilidad de la ade-

cuación de ofertas, el ajuste de recursos y la facilitación a las unidades operativas de las condiciones que posibiliten el acercamiento a la meta.

- ***3.* Nosotros somos profesionales, sabemos un oficio**. Somos médicos o enfermeros de atención primaria, especialistas en nuestros pacientes, no somos especialistas en un órgano, tecnología, sistema orgánico ni franja de edad.

  Los médicos saben de medicina; la enfermera de enfermería; los médicos y enfermeros de familia de generalidad, longitudinalidad, integralidad, incertidumbre, cautela, olfato para separar la paja del trigo, etc.; los especialistas de individualidad, linealidad, certidumbre, intervención.

  Nadie puede ni debe enseñar un oficio que no ha estudiado ni ejercido. Lo que compartimos es la meta y cada uno sabe que necesita de los demás para acercarnos a ella. Somos los expertos en salud y necesidades sanitarias. Nuestra cercanía de la realidad de la población, así como de la realidad epidemiológica, nos brinda una información que sólo está a nuestro alcance. Por ello, debemos dotarnos de sistemas de información que nos faciliten el análisis de ese conocimiento para obrar en consecuencia

- ***4.* Estamos en un contexto** de país con accesibilidad al subsector de servicios sanitarios públicos, universales y gratuitos. Por esa razón la demanda de servicios sanitarios no depende en gran medida de la morbilidad sino de la oferta de los mismos. Nosotros somos parte de la oferta. No soñemos con consultorios vacíos, sólo lo estarán cuando no estemos nosotros o no seamos capaces de "vender" nada. La demanda de servicios sanitarios en el contexto antedicho se adecua como un guante a la oferta de los mismos. Por decirlo claro y conciso: la oferta determina la demanda. Por eso debemos perseguir una oferta llena de resolución de problemas sanitarios.

Volveremos en el desarrollo del capítulo a estos cuatro elementos de partida, especialmente a este punto 4 ya que, cuando analicemos las posibles alternativas de organización de médicos y enfermería, deberemos huir de supuestas soluciones que aumenten cualquier oferta no resolutiva.

La Meta Operativa

En la gestión: (concepto ligado a procesos de descentralización y optimización del sector público), del día a día, en la microgestión, es cuando con mayor propiedad se puede hablar de productividad. Los profesionales sanitarios hemos rehuido históricamente este tipo de terminología, y eso provoca una cierta dificultad para mencionar las cosas por su nombre. No nos debe asustar hablar de "cuenta de resultados de mi actividad en un año" o de "cuenta de resultados de nuestro centro en un año".

Pero, ¿qué es eso de la productividad? Bien sencillo:

$$\text{Productividad} = \frac{\text{Lo que se Resuelve o Hace}}{\text{Lo que se Consume o Gasta}}$$

El aumento de la tasa de productividad aumentará la rentabilidad general del sistema y nos acercará a la meta. Precisamente de eso se trata.

En esta materia ha habido un error conceptual serio (mantenido durante muchos años de grave reduccionismo) al poner las visitas en el numerador como lo que se hace. Las visitas deben conceptualizarse como consumo o gasto para nuestra actividad, es decir, la unidad "visita" es una unidad de consumo o gasto, no de actividad, muy a menudo necesario para la resolución de los problemas sanitarios de nuestra población que sí es nuestra actividad. Por tanto, no confundamos los fines (el numerador) con los medios (el denominador). Aumentar el número de visitas no incrementa la productividad a no ser que se aumente simultáneamente y en mayor medida el numerador. Como es obvio, difícilmente se resolverá más a costa de hacer más visitas partiendo de realidades de más de 7.000 visitas año por médico Generalista. Esto quiere decir que podemos observar y resolver más episodios en más pacientes diferentes con las mismas visitas; no se debe confundir visitas con pacientes.

¿CÓMO AUMENTAR LA TASA DE PRODUCTIVIDAD?

Modificando el numerador, aumentándolo, y/o el denominador, disminuyéndolo, o todas las variaciones que den como resultado un incremento de la tasa.

"... Las visitas deben conceptualizarse como consumo o gasto para nuestra actividad, es decir, la unidad "visita" es una unidad de consumo o gasto, no de actividad, muy a menudo necesario para la resolución de los problemas sanitarios de nuestra población que sí es nuestra actividad ..."

¿QUÉ PONEMOS EN EL NUMERADOR, QUÉ PONEMOS EN LO QUE HACEMOS?

Para responder a esta trascendente pregunta es preciso introducir el concepto de episodio de atención que se ha configurado y afianzado como la unidad adecuada para el análisis de actividad en atención primaria. Este concepto del que se nutre y desarrolla la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) es un hallazgo magistral y lo podemos definir como el conjunto de fases por las que pasa un problema de salud dentro del sistema sanitario mientras es atendido, independientemente de que éste concluya en la resolución o no del mismo.

Una forma de aumentar la productividad será aumentar el número de episodios diferentes que atendemos, y de técnicas diagnóstico-terapéuticas que desarrollamos y dominemos (embarazo, verruga, ecografía...). Esto sí está en el numerador.

Además, la CIAP nos brinda la relación de aspectos que podemos esperar resolver en atención primaria porque se trata de una clasificación con base epidemiológica, y los códigos que en ella existen están presentes porque representan una probabilidad suficiente para ser abordados en una atención primaria competente.

¿ABORDADOS O ATENDIDOS SÍ, PERO RESUELTOS?

A esa pregunta debemos responder estableciendo criterios de resolución apoyados en el conocimiento, la epidemiología y los principios de la buena práctica clínica. Somos nosotros (recordar el punto 3 de las bases) quienes debemos establecer, no los expertos en una pequeña porción de nuestro universo de actuación que es la CIAP. Nosotros somos los expertos en el conjunto de actividades que definen a la atención primaria o a la medicina General.

"... es preciso introducir el concepto de episodio de atención que se ha configurado y afianzado como la unidad adecuada para el análisis de actividad en atención primaria y lo podemos definir como el conjunto de fases por las que pasa un problema de salud dentro del sistema sanitario mientras es atendido, independientemente de que éste concluya en la resolución o no del mismo ..."

A partir de ahí, podemos recorrer los capítulos de la CIAP y determinar cuáles de ellos están realmente en nuestro numerador. La salud mental (P), la mujer (W), lo social (Z), la piel (S), los miedos a... (en todos los capítulos), y así sucesivamente. Con ello podemos identificar nuestra oferta y ser conscientes de nuestro nivel de resolución de los mismos.

¿QUÉ AUMENTA EL NUMERADOR?

Los episodios resueltos sobre nuestra población, o más modestamente aumentar el número de episodios atendidos o el número de personas diferentes atendidas.

Aquí es donde entra el acortamiento de la resolución del episodio del paciente como ente único, independientemente del número de niveles asistenciales que intervengan y los profesionales o agentes sanitarios que actúen. En este concepto de acortamiento del episodio entran de lleno los modelos de organización sanitarios, de los que nos podemos dotar en nuestros equipos para ese acortamiento que el paciente tanto va a agradecer, porque él es el único que va a ser consciente de toda la atención.

Cada uno de nosotros va a ser consciente sólo de una parte del proceso, la que vemos. Los modelos de organización que asumamos deben supeditarse a este necesario acortamiento, y deberemos rechazar aquellos que lo imposibiliten o retrasen.

Sin duda, no son iguales los dos modos de abordar un episodio determinado por parte de distintos pacientes (figs. 3 y 4).

La diferencia entre ambos estriba fundamentalmente en la capacidad de resolución de la atención primaria, y en dotarse dentro de la misma de modelos de organización centrados en la resolución del problema del paciente que eviten los pasos innecesarios o que no aportan nada.

¿QUÉ DISMINUYE EL DENOMINADOR?

La disminución con sentido común y sin riesgo para el paciente de cualquiera de las áreas de consumo y gasto sanitario (farmacia, exploraciones, ingresos, visitas innecesarias, etc.).

Modelos de Organización del Area Sanitaria en un Equipo de Atención Primaria (EAP)

La base sobre la que desarrollar modelos de organización sanitaria en cualquier ámbito es el principio para movilizar recursos de áreas de baja productividad a otras de alta productividad. Es un principio viejo, como el concepto de "empresario", de tan sólo 200 años de vigencia.

¿CUÁLES SON LOS RECURSOS EN EL ÁREA SANITARIA DE UN EAP?

Fundamentalmente la capacidad de los profesionales, médicos y de enfermería, su experiencia y su conocimiento del terreno y de los pacientes.

Hay que analizar dónde están estos recursos todos los días de la semana y en qué se están empleando. Como todos sabemos, los recursos económicos no son ilimitados y los humanos tampoco; por tanto, debemos emplearlos eficazmente. No tengamos recursos ociosos, "apartados", entretenidos, etc. Los necesitamos todos y activos, hay que emplear nuestros cerebros a fondo porque hay mucha faena por hacer. Ya sabemos lo que cuesta resolver problemas sanitarios, y hay muchos.

Hay un instrumento muy útil para hacer este análisis que no requiere grandes esfuerzos, son las agendas de los profesionales sanitarios. Es el eje en que convergen un tiempo y espacio para llevar adelante la resolución de episodios de atención a titulares y portadores de los mismos que son los pacientes, o cualquier episodio de atención preventiva a las poblaciones de riesgo.

Todas las fases de la atención de los pacientes y sus episodios requieren un tiempo y un espacio, y el análisis de las agendas va a permitirnos saber cómo se distribuyen éstos.

Esto es posible si el grado de organización alcanzado ha hecho realidad la máxima de "todo se cita" porque todo requiere un tiempo y un espacio; y así, podremos realizar el análisis de los espacios, los tiempos y los profesionales involucrados en emplear éstos para la resolución de problemas sanitarios de los pacientes. El estilo de "todo lo resolvemos hoy" no es ninguna quimera en muchas ocasiones, o el "para resolver sus problemas su papel es crucial, pero nosotros nos encargamos de hacérselo mas fácil, brindándole una organización a su servicio".

> ***"... los recursos en el área sanitaria de un EAP son fundamentalmente - la capacidad de los profesionales, médicos y de enfermería, su experiencia y su conocimiento del terreno y de los pacientes- ... hay que analizar dónde están estos recursos todos los días de la semana y en qué se están empleando ... los recursos económicos no son ilimitados y los humanos tampoco ..."***

Es preciso insistir aquí que no es objetivo de este artículo brindar recetas de modelos de organización del área sanitaria porque sería aventurado. De lo que se trata es de exponer, ordenar y definir muchos de los elementos conceptuales que están detrás de nuestra organización para con ellos ser capaces, en nuestro contexto, de identificar con éxito las claves que nos puedan permitir modificar éstos, orientándolos a la meta. Esta orientación es la que suele fallar cuando multiplicamos contactos innecesarios por limitaciones en nuestra propia organización.

Todos los equipos partimos de una situación organizativa que es consecuencia de múltiples vicisitudes de nuestro devenir como grupo. Considerar que la organización es algo inocuo para cualquiera de nuestras áreas de trabajo tanto individual como, en mayor medida, colectiva es algo que debemos rechazar. Por ello, es preciso que seamos capaces de generar un debate maduro para ser conscientes de nuestras propias tendencias, para poder relativizarlas y orientarlas hacia la meta. Lo más productivo sería que pudiéramos resolver un episodio en una sola consulta, si puede ser asignando para su resolución a una sola persona mejor que dos, huyamos del "entretenimiento", de la "patata caliente", del "pingpong".

Los modelos de organización que pongamos sobre la mesa deben ser coherentes con el acuerdo de meta que es preciso compartir; sin él es mejor

> ***"... es preciso que seamos capaces de generar un debate maduro para ser conscientes de nuestras propias tendencias, para poder relativizarlas y orientarlas hacia la meta. Lo más productivo sería que pudiéramos resolver un episodio en una sola consulta, si puede ser asignando para su resolución a una sola persona mejor que dos ..."***

separar funcionalmente el grupo que lo suscribe y el que no, evitando en lo posible cualquier actividad compartida. No se legisla ni está en ningún sitio escrito el cómo nos relacionamos.

Para poner sobre la mesa cualquier innovación en cuanto al modo de organizarnos es preciso contar con un espacio de comunicación que habrá que cuidar con esmero y que debe estar presidido por el respeto mutuo.

Nuestras ideas claras suelen ser un obstáculo para abrir nuestras organizaciones y ponerlas al servicio del paciente y de la resolución de sus problemas, el *status quo* inercial en el que solemos estar es un enemigo de la innovación.

Frases como éstas denotan ejemplos de cosas claras, y de una clara desventaja de partida para aplicar cualquier innovación:

–"¡Yo sin enfermera no atiendo!".

–"¡Yo, como administrativo, no hago nada de las recetas!".

–"¡El sintrom es cosa de los médicos!".

–"¡Todas las curaciones de los pacientes las tengo que realizar yo!".

–"¡Yo no tengo, como enfermera, que entrar para nada en la consulta del médico!".

–"¡Sacar o meter las historias es un tema administrativo!".

En el artículo de Ruiz Téllez, hace una referencia conceptual en cuanto al tema que nos ocupa, se plantean unos interrogantes que se transcriben; son la antítesis de las cosas claras y han permitido a ciertos EAP tener productividades de más de ciento por uno. Veamos:

- ¿Y quién sabe si lo interesante es una enfermera por médico para 1.500 habitantes o un médico con 4 enfermeras para 5.000 habitantes? , por tanto sin enfermedades de base epidemiológica o por 6.000 como especialista,
- ¿Por qué a una auxiliar de enfermería se le niega la realización de técnicas que luego se "venden" a los pacientes para que las hagan solos, como aprender a realizarse curas o a inyectarse la insulina?
- ¿Tiene el médico que ser el agente ejecutivo por excelencia?, ¿no puede ser la enfermera, cambiando el médico al papel de supervisor? ¿Quién lo impide?
- ¿Por qué las consultas de los médicos han de estar comunicadas con las de enfermería, o por qué no? ¿Por qué tiene que haber una relación de cupo entre médicos y enfermeras? ¿Por qué no por equipos? ¿Y si son más enfermeras que médicos, o al revés? ¿Ha de sobrar gente ociosa?

Esta situación inicial que fomenta la duda metódica es necesaria si queremos avanzar, nos equivocaremos y rectificaremos, pero iremos explorando caminos de mejora de nuestra capacidad de resolución, que nos hagan aumentar nuestra productividad y, por tanto, nuestro valor social.

Es necesario reconocer en este punto que nuestro margen de maniobra en lo que se refiere al capítulo de "personal" es muy estrecho y que las soluciones más pragmáticas pasan por reorientar los recursos con que contamos en la mejor dirección, pero sin rehuir los cambios que pudieran parecer "salidos de tono" en cuanto a su supuesta heterodoxia.

Lo que mueve a un paciente a acudir a su centro de salud es, en principio, un asunto sanitario para el que seremos capaces de dar una respuesta.

¿De qué instrumentos nos dotamos los trabajadores de la salud para dar esas respuestas?

Vamos a analizar, en primer lugar, los modelos organizativos que pueden estar presentes cuando actuamos "solos", los médicos o el personal de enfermería y, por último, las posibles alternativas de la interacción médico-personal de enfermería, los tres ejes sobre los que gira la actividad sanitaria en un EAP.

Modelos de Organización del Area Médica

Todos consideramos la consulta –el lugar donde se realiza una interacción entre dos o más personas en un ambiente de deseable confianza y abierto al consejo y a la negociación franca–, un escenario donde se sustancian muchas de nuestras actividades. Conferimos a nuestra actividad profesional un carácter de seriedad, de reflexión o toma de decisiones trascendentes para el paciente y su entorno, que en muchas ocasiones no sabemos trasladar a nuestra propia consulta. En este espacio se pasan muchas horas al año, con muchos pacientes diferentes (al menos una vez con más del 70% de nuestra población objeto), con algunos de ellos varias horas acumuladas al año. Éste es nuestro escaparate profesional. A veces reivindicamos la importancia de nuestra tarea y somos nosotros los primeros en restársela al no cuidar suficientemente su escenario. ¿Cómo podemos convivir sin inmutarnos con espacios de consulta atiborrados de cosas inútiles, desordenados, con papeles por doquier, medicamentos, material publicitario amontonado, etc.?

Por ahí debe comenzar nuestra organización, en el espacio que la sustenta. El consultorio debe ser un espacio cuidado, ordenado, sin lujos pero con dignidad, adecuadamente iluminado, con una cierta personalización. Sabemos que la calidad aparente (el envoltorio) no es inocua para que la calidad científico-técnica (o intrínseca) sea eficaz. Acordémonos del cómo en el numerador de la productividad

"... nuestra organización,debe comenzar en el espacio que la sustenta ... el consultorio debe ser un espacio cuidado, ordenado, sin lujos pero con dignidad, adecuadamente iluminado, con una cierta personalización ... sabemos que la calidad aparente (el envoltorio) no es inocua para que la calidad científico-técnica (o intrínseca) sea eficaz. acordémonos del cómo en el numerador de la productividad ..."

En el día a día realizamos aquí muchas cosas. Es preciso identificar cuáles hacemos más, cuáles menos, su pertinencia, cuáles añaden valor a la interacción médico- paciente y cuáles lo restan, adecuando el espacio y la distribución de instrumentos a éstas y no al revés. También debemos analizar nuestros movimientos y los de los pacientes y/o familiares acompañantes, en relación con las tareas de exploración física parcial, o en ocasiones más exhaustiva, que requiere un espacio para proteger la intimidad. Es muy útil pintar los movimientos que repetimos y hacemos repetir a los pacientes todos los días y poner números con su frecuencia a cada uno de ellos, para hacernos conscientes de los mismos. Esto no está incluido en los libros de medicina, pero es necesario conocerlo para mejorar la funcionalidad de nuestro espacio de trabajo.

En este sentido, como en casi todos, es bueno ensayar ciertos cambios de la estructura de nuestras consultas a la vista de lo antedicho. Afortunadamente las mesas de trabajo, las sillas, las camillas, no están soldadas al suelo y podemos moverlas con mucha facilidad. Podemos explorar otros modelos de organización interna de la consulta que tienen una traducción en la estructura de ésta.

Los médicos británicos pegan la mesa a una pared y atienden cara a cara con los pacientes sin ningún elemento físico interpuesto, así realizan la mayoría de las exploraciones parciales sin moverse ni el médico ni el paciente. Las consultas con esta disposición resultan más desahogadas. Los escandinavos colocan a los pacientes cara a cara sentados en el lateral de su mesa de trabajo. No hay ninguna receta pero el hecho de explorar este tipo de cambios puede darnos agradables sorpresas.

¿Qué elementos intervienen en este entorno de consulta médica en el que invertimos en torno a varias horas en la semana? Elementos como el teléfono, las puertas abiertas por los compañeros del equipo, los ruidos o la temperatura ambiente son ejemplos de aspectos que tenemos que cuidar. Hay que dejar que intervengan porque no podemos pensar que una mañana dedicada a resolver problemas de salud de 20 o 30 pacientes sea monótona y monocorde; al contrario, va a ser una mañana movida en la que se van a tomar muchas decisiones.

Esa "movida" hay que gestionarla con el debido sosiego pero con la "tensión" de la toma de decisión y de los condicionantes que se den en ese día, que pueden ser todos los que hemos vivido: surge una visita domiciliaria indemorable que me obliga a dejar la consulta, la fase epidémica invernal aprieta, la agenda recortada en cuatro huecos para debatir un tema común con los médicos se muestra insuficiente, la enfermera desea que se valore a un paciente determinado que se ha mareado, hoy he concertado demasiados turnos de revisión y han quedado menos huecos de los necesarios para las espontáneas y por eso tengo 3 o 4 consultas espontáneas indemorables, hoy es víspera de fiestas de Semana Santa y la indemorabilidad de las consultas espontáneas crece, etc.

Repasemos los conceptos que están en el origen de nuestra conocida "demanda". Los pacientes pueden estar en este espacio dedicado a la consulta de medicina general por sólo dos tipos de razones:

- *1.* Porque han tomado la decisión, ellos o su entorno sociofamiliar, de venir a vernos. Estas son las consultas llamadas espontáneas.

- *2.* Porque nosotros mismos o algún otro trabajador de la salud, más frecuentemente de nuestro EAP, ha tomado la decisión para que el paciente realice la visita.

Tras estos conceptos, analicemos nuestra organización para responder profesionalmente a esas decisiones de los pacientes, sus entornos, los trabajadores de la salud del propio EAP u otros profesionales sanitarios ajenos.

"... La percepción de un problemas de salud para los que el paciente requiere nuestra atención puede ser más o menos demorable ... esta percepción, es la que manda en una consulta espontánea. Dejemos el famoso término de "urgente", que tan bien ha calado en la población a fuerza de escucharlo cientos de veces y que nos ha hecho diseñar circuitos inimaginables para hacerle frente ..."

CONSULTAS POR INICIATIVA DEL PACIENTE

Ciñámonos a aquellos pacientes que desean ver a su médico de cabecera por su propia iniciativa o la de su entorno, primera razón para el contacto, y pongámonos en su lugar; después, respondámonos a dos preguntas:

- – ¿Nos pueden ver cuando nos necesitan?
- – ¿Esperan un tiempo razonable para vernos a nosotros cuando tienen un problema de salud?

Cuando la respuesta es "habitualmente sí" es que hemos realizado un esfuerzo organizativo en nuestra oferta.

Debemos organizar nuestra disponibilidad en nuestro horario de trabajo, ésa es nuestra responsabilidad. Obviamente, el paciente suele sentir cosas y considera que su médico va a poder resolverle el problema (él tiene una conciencia de nuestra oferta, especialmente si lleva unos cuantos años con el mismo médico).

La percepción de los problemas para los que requiere nuestra atención puede ser más o menos demorable, siempre a su juicio. Ésa es su percepción, es la que manda en una consulta espontánea. Dejemos el famoso término de "urgente", que tan bien ha calado en la población a fuerza de escucharlo cientos de veces y que nos ha hecho diseñar circuitos inimaginables para hacerle frente. Si hemos mantenido una oferta en la que la indemorabilidad percibida por el paciente para ser atendido por su médico de cabecera ha derivado en diversos circuitos más o menos "castigados", su demanda se encauzará por otros derroteros y no seremos nosotros los que identifiquemos qué es lo que le ocurre cuando desea ser visitado sin demora. (Como bien sabemos, sin demora quiere decir habitualmente en el día.) Con ello perdemos uno de nuestros principales valores, nuestra accesibilidad cuando un paciente desea vernos, y a la primera pregunta deberemos responder que no.

¿Qué espectro horario ofrecemos a nuestros pacientes para estas consultas? Miremos nuestras agendas y veamos su limitación cuando los horarios están separados en "demanda" y "programada". Deberemos abrir el espectro horario disponible para este tipo de consultas a todo nuestro horario de consulta sin ningún temor. Este tipo de consultas representa como promedio, aproximadamente la mitad de las que hacemos los médicos cada día.

En la gestión de este tipo de citas indemorables puede desempeñar un papel nuestra accesibilidad telefónica en la consulta. El teléfono es un gran aliado para la atención de los pacientes en APS. Es preciso acotar su papel a lo razonable pero es de gran valor. Los pacientes que están con nosotros en la consulta cuando nos llama otro en su presencia toleran de buen grado nuestra conversación que, en muchas ocasiones, es muy corta y resolutiva. También se pueden evitar consultas concertadas cara a cara para ciertas analíticas y controles evolutivos de consultas o de visitas domiciliarias haciendo uso del teléfono. Obviamente que esto dependerá del sitio donde prestemos nuestro servicio.

Si el tiempo de atención en nuestra consulta, tal como se plantea en la segunda pregunta, es razonable deberá ser percibido por el cupo de pacientes en general, y el resultado de esa percepción tendrá que impregnar nuestra propia organización para que así sea.

Por tanto, generalmente tenemos que asumir la cita indemorable en el día. ¿Cuándo? Al final de la consulta o cuando se produce la misma. Si lo hacemos al final de la consulta generamos una oferta que se percibe por el paciente como "no forzada", tranquila, cuando el profesional termina y, con ello, generaremos la demanda diaria de las 4-5 consultas de este tipo que habitualmente se producen por razones múltiples.

"... consideramos mejor que el paciente identificado como indemorable sea visto casi de inmediato, valorado brevemente, si es posible, y resuelto ... en estos casos tenemos la percepción de que "se cuela" y nos suele parecer injusto, pero él también la tiene y si la relación es adecuada se va a ceñir exclusivamente a la que realmente es indemorable ..."

Consideramos mejor que el paciente identificado como indemorable sea visto casi de inmediato, valorado brevemente, si es posible, y resuelto. En estos casos tenemos la percepción de que "se cuela" y nos suele parecer injusto, pero él también la tiene y si la relación es adecuada se va a ceñir exclusivamente a la que realmente es indemorable (siempre a su criterio). Veremos que casi siempre lo es. Como bien sabemos, estas consultas raramente son complejas porque el paciente es consciente de que ha priorizado la prisa en realizarla y que nos hemos organizado para encauzarla.

Este análisis de la consulta espontánea sirve de igual modo para la visita domiciliaria espontánea, pero ésta merece ser matizada. La decisión de demanda de visita domiciliara que toma el paciente o su entorno tiene la particularidad de que, a su juicio, debe realizarse en el domicilio por razones de salud. Cuando este aviso se produce debemos hablar directamente, y a nuestro criterio inmediatamente, con el paciente o su cuidador para conocer de qué se trata. Tras ello, se debe tomar la decisión con respecto a la necesidad de la visita domiciliaria, su demorabilidad (ahora mismo, al final de la consulta, mañana a primera hora, etc.) y pactarlo con el paciente o cuidador. Nuestro juicio, en la mayoría de las ocasiones, coincidirá con el del paciente en la necesidad de que sea visitado en el domicilio. Puede darse el caso (no tan infrecuente) de que el conocimiento de la situación del paciente, su percepción de lo que le pasa y el problema que lo aqueja sea resoluble sin necesidad de desplazarnos a su domicilio.

En la atención domiciliaria espontánea responder afirmativamente a las dos preguntas planteadas nos brinda, además de un entorno privilegiado para la atención de nuestros pacientes, en sus domicilios y con sus cuidadores, un afianzamiento de otro de nuestros grandes valores: estar en la cabecera del enfermo.

CONSULTAS GENERADAS POR INDICACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

Vayamos ahora a aquellos pacientes que van a ser vistos en la consulta médica pero la iniciativa del contacto no la han tomado ellos, sino nosotros u otros compañeros del EAP o ajenos al mismo. La proporción de este tipo de consultas es como promedio aproximadamente la mitad de las que hacemos cada día.

Esta proporción se dispara si no hemos avanzado con fuerza en la desburocratización, ya que las consultas para recetas o certificados son evidentemente a iniciativa del trabajador de la salud, quien ha indicado un tratamiento medicamentoso o una baja laboral. Ni que decir tiene que emplear una consulta médica para un menester burocrático es el paradigma de la ineficiencia. Pero esa tarea burocrática contiene la esencia de nuestra labor, como indicar un tratamiento medicamentoso continuado por un tiempo definido. Para ello, es preciso dotarse de instrumentos para realizarla sin que ocupen un tiempo de consulta (o muy escaso), mediante sistemas informatizados gestionados por las áreas administrativas.

¿Cómo gestionamos el tiempo de estas consultas que se efectúan por nuestra iniciativa o de algún integrante del equipo de salud? Concertándolas siempre desde la toma de decisión de dicha consulta, si la misma se toma en nuestro EAP, y ponderando el tiempo necesario para realizarla, que será el que le asignemos a la misma. Nada menos que entre el 40 y el 60% de todas las consultas realizadas en un EAP por los médicos serán concertables porque la iniciativa de las mismas la tomamos los trabajadores de la salud.

El resumen de los modelos de organización de los que nos dotemos en el área médica debe poder calificarse de oferta profesional, empática, organizada y resolutiva.

Modelos de Organización del Area de Enfermería

No hay diferencias sustantivas en los conceptos que hay detrás de las consultas del área de enfermería. Aquí las proporciones de espontáneas y concertables son del 5% y el 95%, respectivamente. Esto quiere decir que son muy escasas las consultas de enfermería de atención primaria generada por iniciativa del paciente o su entorno.

Esta realidad en nuestro entorno debe hacernos reflexionar sobre la percepción de la oferta de enfermería de los ciudadanos y, por ende, del

> ***"... nada menos que entre el 40 y el 60% de todas las consultas realizadas en un EAP por los médicos serán concertables porque la iniciativa de las mismas la tomamos los trabajadores de la salud ..."***

perfil profesional de la enfermera de atención primaria. Es el personal de enfermería quien tiene que definir éste y valorar si su oferta desde este ámbito de atención primaria se orienta hacia la resolución de la necesidad sanitaria. Sabiendo que en todos los casos la demanda de los servicios de enfermería se adecuará a dicha oferta.

Acordémonos del concepto de movilización de recursos (la capacidad de los trabajadores de la salud, en este caso el personal de enfermería) de áreas de baja productividad a otros de alta productividad.

Si deducimos los procedimientos diagnósticos (p. ej., toma de muestras de sangre u orina para su análisis, etc.) y terapéuticos (p. ej., extracción de tapones de cerumen, curas, etc.) la proporción de pacientes diferentes vistos en un año no llega al 15-20% de un cupo en un modelo de enfermería por cupo.

Aquí existen importantes diferencias (que, por otra parte, también se pueden dar en el área médica) de la percepción que la población tiene de la oferta de resolución de problemas del área de enfermería.

Incluimos aquí a todo el grupo de pacientes portadores de problemas crónicos que ocupan una buena parte de los recursos de enfermería, para aportar elementos de autocrítica a toda el área sanitaria de los EAP. La mayor parte de la relación clínica entre el personal de enfermería y los pacientes se ciñe a ese grupo, habiéndose orientado su control al de esas afecciones. En general, ha sido el área médica la que ha derivado esas enfermedades, que no a esos pacientes, al área de enfermería. En algunos EAP ha aumentado en gran medida la actividad de enfermería en ese cometido. Además, se ha empleado en este proceso el uso de recursos de enfermería en tareas burocráticas (medicación crónica) que estos pacientes precisan.

Pero sigamos con los pacientes llamados "crónicos". ¿Quién es el paradigma de enfermo con problema crónico "bien controlado"? Aquel que conoce su problema y es capaz de vivir con él sin correr mayores riesgos por tenerlo que los que la ciencia nos dice que se deben asumir. Ejemplo: el paciente diabético tipo 1, quien, como bien sabemos, no se cura pero no pulula por los servicios sanitarios, una vez logrado que él se encargue de sí mismo y además lo haga, como sabemos que lo hace, a las mil maravillas. Esto no es así por casualidad, es porque se han orientado adecuadamente los recursos (la capacidad de los profesionales sanitarios), en este caso, la enfermería de la atención especializada, a la resolución de los problemas de los pacientes con diabetes tipo 1, la famosa productividad. Ya sabemos que hay importantes diferencias entre estos pacientes y los clásicos "crónicos" que copan muchas consultas de APS, pero esta reflexión puede servirnos para dejar de emplear recursos en áreas de baja productividad. ¿Cuál puede ser el paradigma de enfermo con problema crónico "mal controlado"? Aquel portador de obesidad, para la cual tampoco tenemos cura, cuando intervenimos con la ingenuidad de que la tiene y agravamos aún más su obesidad a medio plazo (encima le estigmatizamos) y seguimos empleando recursos preciosos en ello, la famosa improductividad.

Debemos eliminar el protocolo en cuanto lista de actividades a desarrollar (tomar la presión arterial cada 3 meses) y orientarse a actividades por objetivos, las actuaciones de enfermería deberían estructurarse con entrada y salida (p.ej., 5 sesiones de educación en HTA y alta). Si el objetivo se consigue, cuantas menos consultas se realicen, mejor.

Es preciso experimentar abordajes innovadores, más productivos, en la atención de este tipo de pacientes, fomentando la comunicación grupal entre ellos, sus mejores terapeutas, la autorresponsabilización, etc.

También es necesario hablar de prevención secundaria en áreas de claro y positivo impacto. ¿Para cuándo establecer ofertas claras y abiertas en atención primaria a la población fumadora para ayudar a que deje ese hábito, cuyo impacto y productividad nadie discute? No hacen falta más recursos que la voluntad y el empleo de nuestro conocimiento en esa tarea.

Modelos de Organización Médicos-Enfermería

Aquí "tenemos un problema" en primera persona del plural. Ese problema tiene dos dimensiones:

LA DIMENSIÓN POTESTAD-AUTORIDAD

Vamos a definir potestad y autoridad para tratar de tener una referencia conceptual compartida con la que podamos aplicar los diversos modelos de organización comunes.

La potestad es algo que otorgan "los papeles". El título de licenciado o diplomado, el nombramien-

to de médico estatutario, el nombramiento de coordinador, etc. Para llegar a obtener los es preciso, indudablemente, cumplir una serie de criterios mediante los cuales se regula su posesión. Tiene que ver con la legalidad de los actos para los que estamos facultados.

La autoridad es algo que no surge de la posesión de "un papel" sino del reconocimiento por parte de los demás de la misma, es decir, la autoridad la otorgan "los demás". Éstos pueden ser los pacientes, los colegas de profesión, los compañeros del EAP, etc. El único modo de ganar autoridad es trabajando duro para convertirse en referencia de otros, tu propio grupo profesional, el grupo de trabajadores de la salud, la mayoría de los miembros del EAP, o los propios pacientes. Aquel que tiene autoridad es del que se dice "de lo que diga o haga el doctor o enfermero X me fío" y "estoy dispuesto a esforzarme si me pide cosas" porque consideramos que es bueno para nosotros y que ganamos. Para lograr eso, es preciso esforzarse, y mucho.

Esa enfermera que en unas pocas sesiones grupales se encarga de enseñar con éxito técnicas de relajación a pacientes con ansiedad generalizada logrando una mayor autonomía y mejoría en ese grupo hace que los pacientes y sus compañeros le reconozcan la autoridad en esa materia. ¿Cómo ha conseguido esa enfermera que los demás le reconozcan su autoridad en la materia? Sólo con esfuerzo.

Todos tenemos que esforzarnos en ganar autoridad. Como vemos el concepto de autoridad es la antítesis de lo que sería autoritario o autoritarismo. Esa enfermera si quiere mantener su autoridad en la materia no se jactará nunca de su éxito porque si lo hace comenzará a perderla, pero sentirá ese reconocimiento de los demás y le ayudará a esforzarse en ganar más autoridad en otras materias.

Ese médico generalista cuyos pacientes le reconocen autoridad y consideran su opinión ante la indicación por parte de un especialista de un tratamiento antes de hacerlo. Eso sólo se puede ganar con esfuerzo.

Tener autoridad en algo y, por tanto, sentirse reconocido por los demás es el más potente estímulo motivacional. Sólo se consigue con esfuerzo y tenemos que ganar en autoridad en cualquier cuestión relativa a la salud y a nuestras habilidades en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria sobre nuestra población. La razón fundamental de la famosa desmotivación de los profesionales sanitarios y, si se mantiene ésta, la amenaza del "síndrome del quemado" o Burnout, es la falta de autoridad en las actividades que desarrollamos. Quien más nos interesa que nos reconozca nuestra autoridad como profesionales sanitarios es el paciente, después nuestros colegas de equipo o fuera de él y, por último, los jefes.

Veamos ejemplos. Los médicos tienen diferentes potestades legales, la indicación de un tratamiento medicamentoso, la firma de un certificado de defunción, etc. En una interacción médico-enfermera para la resolución de los problemas de los pacientes, la autoridad de la enfermera para muchas potestades médicas es manifiesta, útil y necesaria.

Lo óptimo es que potestad y autoridad se compartan para determinada tarea. No se puede tener potestad y autoridad, para todo.

Las proporciones de potestad y de autoridad pueden estar en ocasiones mal repartidas y poseer una persona mucha potestad con nula autoridad y viceversa, escasa potestad con enorme autoridad, como la que tienen algunos administrativos de nuestros centros.

LA DIMENSIÓN ORGANIZATIVA

En esta faceta es donde es preciso recordar la movilización de recursos de áreas de baja productividad a áreas más productivas. Debemos tener en cuenta que nuestro éxito está en el exterior, en la población a la que servimos. En este análisis, que es preciso hacer con respeto y madurez profesional por parte de todos los sanitarios de un equipo, es muy útil mirar las agendas y medir qué es lo que ocurre. Nos necesitamos mutuamente pero nadie tiene que decir lo que tiene que hacer el otro.

"... Lo óptimo es que potestad y autoridad se compartan para determinada tarea. No se puede tener potestad y autoridad, para todo ... Las proporciones de potestad y de autoridad pueden estar en ocasiones mal repartidas y poseer una persona mucha potestad con nula autoridad y viceversa, escasa potestad con enorme autoridad, como la que tienen algunos administrativos de nuestros centros ..."

El negocio común son las necesidades existentes que debemos de resolver, a eso es a lo que se debe enfrentar cada uno con la máxima autoridad que sea capaz de irradiar, que sólo es posible con esfuerzo y entrega profesional, y dominando las bases y premisas de nuestro entorno.

Cómo podemos entretenermos tanto mirando nuestro ombligo y no mirar la necesidad sanitaria que hay en nuestro entorno poblacional discutiendo cosas. Por ejemplo: centralizar o no el botiquín. ¿Tan difícil es que exista en un EAP un lugar donde se hagan con prontitud cualquier procedimiento técnico diagnóstico o terapéutico sin problemas, y así emplear el resto de recursos sanitarios en promover una mayor y mejor oferta resolutiva? Miremos en cada caso los pasos que debe dar el paciente para resolver su problema, y los que dará si hacemos una modificación.

Existen problemas estructurales en el primer nivel de atencion no resueltos por nuestros centros de salud, que han producido/producen alteraciones en el funcionamiento de nuestras consultas.

El exceso de burocratización y de frecuentación de nuestras consultas resta al médico generalista tiempo para captar y/o atender los problemas de salud desconocidos –morbilidad escondida– y para asumir todas sus competencias (niños, mujeres, enfermos terminales, promocion, prevencion, accion comunitaria.).

Algunos factores, como las dimensiones del centro (transferencia de información), de la poblacion a cargo del centro (escasa correlación con la demanda asistencial), la distribución poblacional, el tipo de actividad asistencial (lo que se oferta, la integralidad), los aspectos relacionales médico-paciente (papeles,habilidades comunicacionales, personalidad del médico), la composición del equipo de atención primaria (carencia de administrativos, indefinición de las funciones de sus miembros...), la accesibilidad (horaria, geográfica, cultural, etc.), el tipo de equipo de atención primaria (delegador, colaborador, etc.), la motivación (incentivos trascendentes, materiales), la presión asistencial (demanda frente a frecuentación), el tiempo por consulta, y el tipo de retribución (salario fijo, contrato de locación de servicio, sistemas de seguros, etc.), afectan de una manera determinante a la consulta médica.

En estas líneas se ha pretendido, por tanto, dar unas indicaciones con las que mejorar, o si cabe paliar, con nuestros medios y a nuestro nivel (centro, microequipo, agenda, consulta, relación médico/paciente) problemas en nuestras consultas que exigirían en muchas ocasiones cambios legislativos y normativos a otro nivel.

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD
PROPUESTAS PRACTICAS

Introducción

Tenemos que comprender que no es posible que todo esté en nuestras manos, que buena parte de la organización de las actividades en el centro de salud está condicionada por criterios de macrogestión (la administración: asignación y distribución de recursos, tipo de retribución del trabajador de la salud, motivación extrínseca/ intrínseca, objetivos políticos, etc.), pero que existían otros más cercanos de mesogestión (funcionamiento hospitalario, comunicación entre niveles, gestión del centro) o intrínsecos (microgestión) de manejo de nuestra propia consulta y de nuestro microequipo, que podían mejorar y, si cabe, en algún momento paliar los inconvenientes generados a otros niveles.

Sin embargo, reflexionando sobre ello, muchas veces nos hemos preguntado sobre si la necesidad imperiosa que tenemos actualmente de organizar las actividades del centro de salud no es más que la búsqueda de una respuesta con la que hacer viable un sistema que no permite a los médicos elegir a sus compañeros de trabajo, ni a sus pacientes, o decidir con cuántos pacientes quieren trabajar, de qué manera y cuántas horas dedicar a la consulta. La búsqueda, además, de soluciones a las tribulaciones de un profesional sanitario inmerso en un sistema que no motiva el compromiso con la misma, que le crea a la vez continuos conflictos intermotivacionales, y cuyo sueldo es constante, independientemente de su implicación con ésta y con sus pacientes, y una manera, también, de manejar unas demandas poblacionales crecientes con el mínimo desgaste por nuestra parte.

La realidad nos muestra que el trabajar en el subsector público nos obliga a que no podamos elegir a nuestros compañeros, que trabajemos en centros poco adecuados a las necesidades de los profesionales y de los pacientes, que los recursos sean limitados y que nos vengan dados, que los horarios sean fijos, que los objetivos muchas veces no sean puramente sanitarios sino políticos y que el aumento de la demanda no se traduzca en un incremento en los recursos. Y que lamentablemente, dentro de los mismos centros se cumple cada vez más la "Tercera ley fundamental de la estupidez humana": "Una persona estúpida es una persona que causa un daño a otra persona o grupo de personas sin obtener, al mismo tiempo, un provecho para sí, o incluso obteniendo un perjuicio" (Cipolla)

¿Cuál es, entonces, el objetivo de organizar las actividades en el centro de salud ? Básicamente, el de aplicar estrategias de manejo de la demanda asistencial con las que a la vez que damos respuesta a las necesidades de salud de la población (desde la necesidad expresada, la necesidad normativa –por los expertos –, la percibida –definida subjetivamente –, la comparativa –ofertas diferentes según lugares–), seamos el máximo de resolutivos (integralidad) y el máximo de accesibles, y todo ello en un horario determinado y dedicando al paciente un tiempo razonable y digno.

"... el objetivo de organizar las actividades en el centro de salud es basicamente, el de aplicar estrategias de manejo de la demanda asistencial con las que a la vez que damos respuesta a las necesidades de salud de la población, seamos el máximo de resolutivos (integralidad) y el máximo de accesibles, y todo ello en un horario determinado y dedicando al paciente un tiempo razonable y digno ..."

Es decir, el problema, a grandes rasgos, se plantea en estas tres preguntas:

- *1.* ¿Cómo solucionar a nuestro nivel (organizativamente) problemas estructurales, muchas veces históricos, generados a un nivel superior, sobre los que no tenemos posibilidad de actuar?
- *2.* ¿Cómo manejar situaciones enquistadas organizativamente en nuestro centro de salud (CS) para que nos afecten lo mínimo?
- *3.* ¿Cómo poder organizar el centro, las actividades del centro de salud y nuestro propio estado emocional para poder dar una respuesta a las necesidades cada vez más crecientes de nuestros pacientes, y no caer en el síndrome Burnout?

Difícil es la respuesta. A este respecto, existen diferentes supuestos que, nuestro entender, parten de varios factores iniciales que condicionarán su éxito o fracaso. En buena medida todos están interrelacionados:

Factores que Influyen en la Consulta Médica

Las dimensiones del centro

El problema del tamaño del CS tiene que ver con la comunicación y la transferencia de información entre sus integrantes, necesarias para coordinarlo; es óptimo en equipos de 6 miembros y difícil en más de 12 (Stott, 1995). Además, la implicación con la organización (motivación intrínseca/ trascendente) y la identificación con los objetivos estarían influidas por el número de integrantes. El "escaqueo", por otra parte, se reduce en equipos más pequeños. Por otro lado, la satisfacción del usuario es mayor en equipos pequeños. El tamaño del centro afecta al control que podamos ejercer sobre nuestra consulta. La interacción de ésta con el equipo es mayor cuanto mayor es éste. Nos será más difícil solucionar personalmente problemas organizativos generados por la mala organización del centro cuando éste es de gran tamaño. Urgencias, enfermos comunes, situaciones no demorables, PAC, enfermos fuera de cita. En centros de salud con una mala comunicación entre sus miembros y una organización deficiente, la gestión particular de la consulta influirá más o menos en la presión asistencial según el tamaño del centro; más si el centro es pequeño que si es de gran tamaño.

Dimensiones de la población adscripta:

En algunos países del mundo, sobre todo en europeos, la población adscripta a un medico generalista suelen oscilar entre 1.000 y 2.000 personas. En Noruega, por ejemplo, se propone como regla nemotécnica tener cupos de 300 pacientes por día de consulta (5 días, 1.500 pacientes), con un tiempo de consulta de 15 min. Otros autores dan como óptimo 1.750 pacientes y 10 min por consulta en frecuentaciones de 3,5 contactos/paciente/año (Morrel et al, 1987). Sin embargo, no se ha demostrado una correlación entre el tamaño de la poblacion a cargo y la demanda asistencial. No así, en cambio, entre la estructura etaria del mismo y la frecuentación, donde cupos más envejecidos condicionan una mayor demanda asistencial (tabla 2)

Pirámide poblacional y características de las poblaciones adscriptas

Idealmente, las poblaciones adscriptas a un médico generalista evidencian una pequeña muestra de la pirámide poblacional de nuestro entorno. Más personas jóvenes y menos mayores si la pirámide es joven, o algo menos si es madura o su tendencia es regresiva.

La distribución poblacional influye en la demanda clínica –mayor cuanta mayor morbilidad– y burocrática –repetición de medicación en enfermos mayores, incapacidad temporal en trabajadores, etc.–. La morbilidad de base y las características socioculturales y económicas también afectan a la frecuentación (tabla 2)8.

Accesibilidad:

La accesibilidad, tanto horaria como geográfica, influye en la frecuentación y en la demanda, que es mayor en el medio urbano que en el rural. Al no existir un aseguramiento universal en nuestro país a causa de la fragmentación del sistema de salud, la accesibilidad económica es parcial. Es importante la accesibilidad al médico generalista en ciertos aspectos, como conseguir un turno el mismo día que se pide, o poder contactar por teléfono con éste (esto último casi imposible en nuestro medio). Con todo, la mayor accesibilidad y disponibilidad del médico incrementa la frecuentación, de manera que muchas veces no es de extrañar que con la creación de nuevas plazas no se solucione el problema de la sobreutilización del sistema.

Tipo de actividad asistencial:

Una de las diferencias entre la atención primaria y la especializada es la presencia de una mayor variedad de motivos de consulta y de posibles diagnósticos (se afirma que el 50% de las consultas ha de incluir al menos un 30% de diagnósticos). Los médicos generalistas es posible que trabajen con una pirámide poblacional sesgada según la edad y el sexo, un alto porcentaje de burocratización de su actividad y una integralidad moderada (variedad de servicios ofertados por la atención primaria [AP]), se comportarían en realidad, según ese concepto, como especialistas. La oferta induce demanda. La mayor resolutividad en la AP mantiene o incrementa la demanda (más procesos atendidos) a costa de disminuir la frecuentación en nuestro nivel y la demanda en otros niveles asistenciales.

Aspectos relacionales médico/paciente

La tolerancia de la incertidumbre y la ambigüedad del diagnóstico por parte del paciente (frecuente en nuestro nivel) se han relacionado con la intensidad de la relación entre éste y su médico. Esto explica las revisitas del paciente al médico generalista tras acudir a urgencias o a otro médico. Las características comunicacionales del trabajador de la salud –técnicas de entrevista clínica–, el tipo de relación con el paciente (desde un papel dominante, paternalista, donde el médico toma la decisión, a otros donde el médico marca el camino –guía/cooperante–, a la de una participación mutua en la toma de decisiones), la propia personalidad, la formación, la inseguridad, el miedo a la demanda, etc., influyen en la tolerancia a la incertidumbre y en la frecuentación asistencial. Nótese que el 50-60% de la frecuentación es autoinducida (visitas concertadas, segundas visitas, burocráticas, etc.)

Composición del equipo de atención primaria

La distribución del personal influye en la organización del Centro de Salud y, por ende, en la consulta. Los equipos con escaso personal administrativo en un sistema muy burocratizado como el nuestro, condicionan que los trabajadores de la salud acaben haciendo de administrativos (ineficiencia asignativa). Es frecuente que el médico como máximo responsable sanitario de su centro de salud, acabe responsabilizándose de las carencias de personal y las indefiniciones funcionales de éstos, realizando actividades burocráticas y rutinarias que, en el caso de funcionar como personal independiente, se asignaría a personal administrativo o de enfermería.

Tabla 3. Factores que influyen en el comportamiento del médico en la consulta

- Intereses del médico (retribución en pago capitativo o por acto). Incentivos por objetivos
- Papel detectado (paternalista, guía/cooperante participación mutua)
- Miedo a la demanda (medicina defensiva)
- Motivaciones trascendentes (altruismo, afán de servicio, consideración social, etc.)
- Recomendaciones de la institución
- Influencia de la industria farmacéutica
- Edad del médico (cuanto más joven más pruebas complementarias)
- Sexo (las mujeres realizan más visitas preventivas y psicosociales)
- La formación (sistemas de residencias nacionales provinciales y municipales)
- Insatisfacción laboral (mayor utilización de pruebas, medicación y derivaciones a otro nivel)
- Déficit de recursos comunicacionales
- Modelo biomédico frente a biopsicosocial

Tipo de equipo de atención primaria

Aunque idealmente el objetivo del EAP en otros países fue reforzar la labor del médico, en el nuestro fue el de dar respuesta a los problemas/necesidades de salud de la población, distribuyendo y especializando la atención primaria según la oferta.

Existen tres maneras de trabajar en equipo:

- ***1.* El modelo delegado**. Es el habitual donde el médico delega funciones en otros trabajadores de la salud que asumen funciones (complementarias y suplementarias) determinadas (enfermería: atención de pacientes crónicos, control del lactante, etc.).
- ***2.* El modelo de colaboración**. Las labores son compartidas y cada integrante asume una función (papeles sustitutivos).
- ***3.* El modelo de asesoría clínica**. Falta de definición de las funciones, que varían según los centros.

Siendo puristas, el verdadero equipo de atención primaria (EAP) sería el microequipo o la unidad básica asistencial (médico/enfermera), habida cuenta de que tendrían el mismo objetivo. Sin embargo, dado que ningún paciente es atendido por un solo integrante del EAP, ya que para su

atención precisa administrativos, enfermeras, agentes sanitarios, trabajadores de salud mental, médico especialista, personal de urgencias, podríamos considerar al equipo como un ente que sale de los límites del CS.

La motivación del personal:

La motivación es un asunto complicado y no depende, como se ha dicho, sólo de los incentivos económicos. Existen cambios externos en el entorno laboral e internos en el sanitario que se modifican con el tiempo y condicionan un mayor o menor apego a la organización (el CS) y a los pacientes. Existen motivaciones extrínsecas materiales, como el salario y los incentivos económicos por objetivos, y otros no materiales, como el reconocimiento, el sentirse valorado, útil, el prestigio, etc. Las motivaciones intrínsecas satisfacen las necesidades afectivas del sanitario y relacionan la actitud de éste hacia la labor encomendada; sería de alguna manera "la satisfacción con el trabajo bien hecho". En este aspecto, se ha señalado que existen motivaciones trascendentes relacionadas con:

- El centro: compañeros (médicos, residentes, enfermeras, administrativos), pacientes, especialistas, etc.
- Personas externas (familiares, la comunidad, etc.).

Al contrario de lo que se puede suponer, los motivos trascendentes generan vínculos más fuertes con la organización (el CS) que los puramente materiales: vínculos de lealtad o de identificación.

Existen, por otra parte:

- *1.* Incentivos organizativos o jerárquicos (sistemas de control, normas, instrucciones etc.), que es lo único –y mal– que se nos suele proporcionar en este momento en la mayor parte del país.
- *2.* Valores, ideología, cultura y códigos de conducta. Motivos trascendentes.
- *3.* Transferencia de activos o de la propiedad de la organización
- *4.* Incentivos formales. Retribuciones asociadas al rendimiento

Demanda de frecuentación y presión asistencial:

La frecuentación es el número de veces que acuden los pacientes a la consulta en un periodo de tiempo dado. Aunque se admite que 2-3 es el número ideal, según el European Observatory on Health Care Systems de la OMS, países como España cuenta 6 visitas por paciente al año. Existen grandes variaciones según los lugares y centros.

La demanda en cambio es el número de episodios diferentes que atiende el médico y no el número de visitas que realiza. La mala asistencia es la primera condición que hace disminuir la demanda, de manera que al paciente se le obliga a tener una atención alternativa (mutuales, médicos privados o servicios de urgencias). La gestión activa de la demanda permite disminuir la frecuentación incrementando el número de episodios atendidos al captar el médico problemas de salud desconocidos y no consultados (morbilidad escondida).

La presión asistencial sería el número de visitas que realiza un médico en un día

Tiempo por consulta

Según la European Commission (European Communities. Eurostat. Key data on health 2000), España tiene los tiempos de visitas más cortos en APS de la UE y el porcentaje mayor de personas que se quejan de escaso tiempo de visita (el 78 frente al 52% de la UE).

No obstante, según la empresa sanitaria (Insalud), la "sensación de prisa en la consulta" entre los pacientes sólo se da en alrededor de un 7% de los encuestados, y el 92% se encuentra satisfecho con el tiempo dedicado.

En España, el tiempo medio de visita en APS en 1997 era de 6,7 min, que en la consulta a demanda se distribuía en 5,4 min para MG y 7,1 min para pediatría, y en programada 22,6 min para MG/MF y 22,7 min para pediatría. Actualmente, la sensación es que el tiempo por consulta va menguando al mismo tiempo que se incrementan la frecuentación y la desmotivación del médico.

Aunque existen países con tiempos medios entre 8 y 10 min, como Inglaterra, en otros no se admite un tiempo por visita inferior a 10 min. Por ejemplo, según el National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS), el tiempo medio de visita del médico generalista en los EE.UU. es de 13,0 min.

El tiempo de visita está relacionado con el tipo de asistencia que recibe el paciente en APS. Un sistema muy burocratizado como el nuestro, donde el médico generalista cumple la función de secretaría de la atención especializada, crea visitas frecuentes y rápidas en la repetición de la medicación, la incapacidad temporal (IT) o volantes para acceso al segundo/tercer nivel. Asi-

mismo, la falta de oferta en actividades preventivas o actuaciones que consumen mucho tiempo –tal es el caso de las citologías o control del embarazo en el Reino Unido o los EE.UU.– o cirugía menor, utilización del proctoscopio, etc., haría disminuir el tiempo medio de consulta.

La mentalidad funcionarial de tener un horario fijo de dedicación a la labor de consulta médica también influye en el tiempo dedicado al paciente. De 7 h diarias, se dedican oficialmente 4 –que pueden llegar a 5– a la consulta. Lógicamente para este tiempo, 10 min –que es lo razonable por paciente –, darían un máximo de 24 visitas/día, insuficiente en este momento dada la actual frecuentación de nuestros centros.

Algunos autores (Borrell, 1987) consideran que el tiempo mínimo para una correcta entrevista sería de 7-8 min de promedio sólo para la anamnesis, sin englobar la exploración física. Se admite que si el médico utiliza más del 60% del tiempo total de la entrevista (en detrimento del tiempo de escucha), obtendrá una escasa información o ésta será poco relevante al estar influida por sus propios prejuicios para llegar a un diagnóstico u otro. Otros, autores (Morell y Roland MO, 1986) señalan 10 min como tiempo mínimo para alcanzar un nivel mínimo de calidad en la atención al paciente. No cabe duda de que las causas de la sensación de "falta de tiempo" (tiempopenia) son diversas y tienen que ver, en buena medida, con la gestión de la consulta clínica

El tipo de retribución

No es de extrañar que un exceso de demanda asistencial en un médico libre con pago por acto fomente que éste aumente su propio rendimiento, que se asocie o contrate más personal, que derive a otros profesionales, etc., con el objetivo siempre puesto en captar pacientes para así incrementar sus propios ingresos, observado esto sobre todo en consultorios particulares. Sin embargo, en el caso de personal independiente con cobro por capitación (PAMI por ejmplo u otras OOSS capitadas), intentará mantener un número constante de pacientes apuntados en la lista pero lo suficientemente sanos para que no consulten en exceso; de ahí que la estrategia sea mantener una buena relación con los pacientes sin incrementar la utilización del centro, fomentando los comportamientos saludables (actividades anticipatorias) y los autocuidados. Como efecto pernicioso, sin embargo, estará tentado en seleccionar al personal más sano (selección adversa), etc.

Ahora bien, el médico de APS en nuestro país puede ser paralelamente personal de la administración estatal (ministerios de salud, subsecretarias o direcciones de APS) y cobra un salario en buena medida independiente del número de pacientes que –la capitación en el factor fijo de la nómina es puramente testimonial – o el número de pacientes que diariamente atiende. De ahí que su ideal se encuentre, por lo general, en tener las menores consultas posibles y atender al mínimo de población. En cualquier caso, aunque en nuestro sector estatal existe una relación débil entre el salario y el compromiso con la organización, las diferencias de sueldo son interpretadas por el trabajador de la salud como el grado de importancia que el estado da a su trabajo. La frialdad de un sector empleador estatal que no genera motivaciones trascendentes de ningún tipo provoca que pequeñas diferencias de incentivos económicos dentro de un mismo centro produzcan gran cantidad de críticas y disputas.

Situaciones que Influyen en la Consulta Médica

El tamaño del centro, la procedencia del personal (edad, especialización por residencias, integración voluntaria o forzosa en el CS) y la motivación de éste influyen en el ambiente de trabajo y en la capacidad de cambio del centro. La motivación por sí sola es capaz de mejorar la gestión de la consulta y la relación con el microequipo. Aunque el tamaño del cupo no es determinante sobre la presión asistencial, sí que afecta a la atención que recibe el paciente en el tiempo enco-

Tabla 4. Administración

Lo primordial: un servicio de admisión competente

Objetivo. Gestionar las actividades administrativas de los pacientes (clientes externos) y de los profesionales (clientes internos) de la manera más eficaz y eficiente

Funciones: Es la cara (la imagen) del centro

- Garantiza la accesibilidad a los servicios sanitarios
- Regula los contactos de los usuarios con el centro
- Canalizar las necesidades sanitarias de los usuarios
- Punto de información del centro de salud
- Lugar de recepción de las opiniones de los usuarios
- Sirve a las gestiones administrativas de los sanitarios

mendado. De manera que es conveniente mantener listas inferiores a 2.000 personas cuando los pacientes mayores de 65 años superen el 20% del cupo.

Distintos supuestos

1. Centro grande con personal de distintas procedencias, poco motivado con gran presión asistencial y gran número de población a cargo (> 2.000 pacientes/médico):

- **Idealmente**. Disminuir el tamaño del centro, desmembrarlo y crear nuevos equipos según las afinidades; disminuir cupos; incentivación económica.
- **Prácticamente**. Estrategias en la propia consulta y el microequipo. Citación en la propia consulta. Reducir la oferta eventualmente (derivar a otros niveles) y practicar una política equitativa y redistributiva de los esfuerzos

2. Centro grande con personal de una misma procedencia, muy motivado, con gran presión asistencial y gran número de población a cargo (> 2.000 pacientes/médico):

- **Ideal**. Reducir cupos; mejorar los circuitos y las agendas.
- **En la práctica**. Actuar sobre la asignación de los recursos humanos (traspasar personal de lugares con menor productividad a mayor productividad), mejorar los circuitos, las agendas, citar todo lo concertable, afianzar los microequipos y actuar sobre la organización particular de la consulta. Con todo ello se puede incluso plantear aumentar la oferta del centro (citologías, cirugía menor, etc.).

3. Centro pequeño, personal de distintas procedencias, poco motivado con gran presión asistencial y gran número de población a cargo (> 2.000 pacientes/médico):

- **Idealmente**. Reducción de cupos; técnicas de motivación personal; incentivación económica.
- **Prácticamente**. Estrategias en la propia consulta y el microequipo; citar todo lo concertable; mejorar el clima comunicacional del equipo; reasignar funciones: asunción de pacientes crónicos por parte del personal de enfermería y burocracia por parte de la administración.

4. Centro pequeño, personal de una misma procedencia, muy motivado, con gran presión asistencial y y gran número de población a cargo (> 2.000 pacientes/médico):

- **Idealmente**. Reducir cupos e instaurar medidas contra la frecuentación que afecten a todo el equipo (control de agendas).
- **Realmente**. Actuar sobre la asignación de recursos humanos (trasladar el personal de menor productividad a mayor productividad), mejorar los circuitos, las agendas, los microequipos y la organización particular de la consulta. Con todo ello, se puede incluso plantear aumentar la oferta del centro (citologías, cirugía menor, etc.).

5. Centro pequeño o grande, con personal poco o muy motivado y con poca presión asistencial:

- **Idealmente**. Estrategias para motivar al personal, formación continuada, aumentar la oferta asistencial; mejorar la calidad aparente del centro; captar la morbilidad encubierta (programas de salud); incentivación por objetivos.
- **Realmente**. Ídem.

"... La APS, aparte de atender a las personas (perspectiva clínica), tiene una proyección más general, incluyendo a la familia y a la comunidad ... el médico generalista tiene la responsabilidad de maximizar sus esfuerzos para que éstos se apliquen de una manera lo más equitativa y justa posible, con el fin de aminonar la influencia que tienen las desigualdades sociales y culturales en la atención y sus efectos sobre la salud (perspectiva poblacional), evitando la ley de los cuidados inversos, por la que recibe más atención quien menos lo necesita y al revés ..."

Propuestas de Mejora

Como se ha repetido, la APS, aparte de atender a las personas (perspectiva clínica), tiene una proyección más general, incluyendo a la familia y a la comunidad, de manera que el médico generalista tiene la responsabilidad de maximizar sus esfuerzos para que éstos se apliquen de una manera lo más equitativa y justa posible, con el fin de aminonar la influencia que tienen las desigualdades sociales y culturales en la atención y sus efectos sobre la salud (perspectiva poblacional), evitando la ley de los cuidados inversos, por la que recibe más atención quien menos lo necesita y al revés (Hart, 1971).

Esto supone el eterno conflicto de equilibrar la *Integralidad* que debe cubrir la practica del medico general con la accesibilidad como variable a modificar en la racionalizacion de las consultas:

La integralidad debe ofertarse como:

- *1.* Servicios de prevención de salud (vacunación antigripal, control de colesterol, exploración mamaria y ginecológica de rutina, etc.).
- *2.* La promoción de estilos de vida sanos y el conocimiento por parte del médico sobre los hábitos tabáquicos, alcohólicos y de ejercicio físico de su paciente, etc.
- *3.* Promoción de la salud relacionada con el grado de conocimiento de los aspectos de salud emocional o psicológica de sus pacientes, la relación entre familiares, la violencia doméstica, la sexualidad y los conocimientos sobre prevención de las ETS.

La accesibilidad del médico generalista entendida como:

- *1.* "Si tengo algún problema durante el día, normalmente tengo acceso a mi médico para que me ayude".
- *2.* "Soy fácilmente atendido cuando lo necesito".
- *3.* "Si me pongo enfermo, normalmente puedo ver a mi médico el mismo día" (Grumbach 1998).

Ello hace que la actuación del médico de cabecera no sea estática y que continuamente, según la demanda (la epidemiología del momento), se esté acomodando a la situación. Por ejemplo, una epidemia de gripe hará que se prioricen las visitas espontáneas (consulta diaria) sobre las concertadas (agudos sobre crónicos), y que las visitas (dada la enfermedad y la ocasión) sean más rápidas, en definitiva, que el médico generalista tendrá que amoldarse a la epidemiología y, sobre todo, a los recursos con los que cuenta. Tendrá que "moverse con el queso" continuamente en un equipo dinámico.

Propuestas dependientes de la institucion que regula, financia y provee la prestacion de salud (Sobre todo referido al subsector estatal):

Nuestro sistema de salud no ha logrado una asistencia universal, eficiente, equitativa y justa para todos los ciudadanos de Argentina. A pesar de ello y en esto quizá han influenciado otros factores que no corresponde analizar en este momento, ha contribuido, a contar con una de las esperanzas de vida más altas de latinoamérica. Existen defectos estructurales denunciados infinidad de veces, que exigen cambios normativos y legislativos profundos, y que influyen en el clima organizacional de los CS, de las consultas y en la percepción del usuario.

Quiza un aporte sea el reconocimiento económico del trabajador de la APS, la jerarquización del mismo, la posibilidad de una dedicación exclusiva que de hecho existe en algunos lugares del país, habiendo como regla en la región central y provincias de mayor población dedicaciones que no se exigen como exclusivas y por ende terminan siendo parciales por su escaso reconocimiento salarial y modo de ingreso al sistema (refieriendonos puntualmente al susbsector estatal). Todo esto relativiza lo propuesto más arriba y de alguna manera lo mencionado debe ser considerado en todo sentido.

Los puntos destacados a nivel institucional serian:

1. El susbsector estatal del Sistema de salud Argentino sigue siendo una entidad monolítica que no ha sabido separar la financiación de la provisión de servicios y ofertar en condiciones correctas a sus trabajadores los activos de la misma. La autogestión, por lo general, es pura fachada y en algunos casos es puramente testimonial y realizada en lugares muy concretos. Una reflexión apresurada puede determinar que la autogestión hospitalaria ha demostrado que es imposible financiar la salud sin el aporte estatal, a pesar de la agilización de los mecanismos de recuperación de prestaciones hacia la seguridad social, seguros y ART, por ejemplo.

3. Los programas de salud inadecuados estimulan la frecuentación (tabla 2).

4. Corregir la desigualdad en la provisión de recursos materiales y humanos que genera ineficiencias en el sistema (p. ej., médicos y enfermeras haciendo de administrativos –es general la falta de personal auxiliar–.

5. Falta generar vínculos de lealtad o identificación del trabajador de salud con el estado para que con ellos se alcance un mayor compromiso con la organización. Hacer sentir a los trabajadores de la salud que su labor es muy importante, útil y necesaria a la vez que imprescindible.

6. Las retribuciones de acuerdo con la implicación con el paciente y el estado o autoridad sanitaria.

7. Generar coherencia en los objetivos, ya que pueden producir conflictos motivacionales entre

los incentivos económicos (p. ej., disminuir el gasto farmacéutico) y aquellos otros trascendentes propios del trabajador de salud (aliviar al paciente) y conducir a la desconfianza.

8. Que "cada palo aguante su vela". Ya está bien que la atención primaria haga de secretaría de la especializada. Se ha de responsabilizar a la especializada de su propia actuación. Es intolerable que se envíe el paciente al médico de cabecera a realizar referencias en claras segundas/sucesivas visitas, o por derivaciones para la ambulancia, o la determinación de incapacidad, o que aún no se haya resuelto el problema de la medicación inducida, cuando la medicación más cara justamente es generada por el hospital.

9. Voluntad de eliminar la "burocracia inútil", repetición de recetas para leche, anticonceptivos, certificaciones habilitantes de beneficios de planes sociales, etc y dotar de mecanismos ágiles para gestionar la "burocracia necesaria" (historias clínicas, registros).

10. Sistema de prescripción médica burocratizado (receta por medicamento) donde la dispensación es una labor puramente comercial y desligada del acto sanitario. Un modelo de receta inoperante que consume gran cantidad de recursos. Urge el diseño de una receta en la que se puedan incluir más de un fármaco y durante un tiempo mayor.

11. Mejorar la comunicación entre niveles y los circuitos fuera del centro de salud (especialistas, pruebas complementarias, recetas de especialistas y urgencias). Definir, regular y garantizar que la interconsulta a otro nivel no es una derivación.

12. Voluntad de sustituir a los profesionales al 100%, etc.

Propuestas dependientes de los usuarios

Existe una gran variabilidad en la utilización de la consulta por parte de los usuarios. Un 15-20% de los mismos son responsables del 75-80% de las visitas, y otro 25% no acude en todo el año.

Así, es importante incidir desde la consulta en los siguientes aspectos:

1. Educación sanitaria sobre molestias menores. Automedicación responsable. Automanejo de patologia banal.

2. Educación sobre qué actuaciones se deben tomar frente a la enfermedad.

3. Autorresponsabilización en el tratamiento de enfermedades crónicas (p. ej., autocontrol en el diabético). En nuestro país y en el sector estatal esto no es una constante por el hecho que el autocontrol glucidico es una medida adecuada, pero depende de la automedición de la glucemia mediante técnicas con un coste que no es afrontado por el proveedor de servicios de salud.

4. Información al paciente sobre expectativas sobredimensionadas.

5. Información al paciente sobre aquellos aspectos somáticos cuya base es psicopatológica.

6. Información posterior a la valoración clínica del paciente sobre la supuesta "urgencia" de visitas en el centro o el domicilio.

7. Información sobre el hecho que el paciente no siempre tiene razón. Uso y no abuso del sistema.

8. Ayudar para contener la incertidumbre. Enseñar a los pacientes que una mayor utilización de pruebas diagnósticas no significa mayor salud. Toda prueba practicada innecesariamente es peligrosa: peligros de fijar diagnósticos (p. ej., lumbalgias), de sobrediagnóstico y iatrogenia

Propuestas dependientes del centro

No es nuestra intención hacer una exhaustiva recopilación de todas las características ideales con la que debe contar un CS sino puntualizar una serie de ideas con las que, según punto de vista, éste pueda mejorar.

SERVICIO DE ADMISIÓN

1. División del servicio estructural y funcionalmente de cara al público (*front office*)

2. Prioridad en la informatización: datos de todos los usuarios, agenda y citación para pruebas complementarias y de especialistas (vía telemática). En el caso de una informatización integral del centro de salud, hay que asumir recetas de crónicos y partes de incapacidad. Esto es casi imposible de realizar en nuestros centros estatales pero es necesario considerarlo.

3. Reforzar con personal extra las horas de mayor demanda (8.00-11.00 h) si todos los trabajadores de salud médicos tienen el mismo horario. En caso contrario, evitar el inicio simultáneo de todas las consultas.

4. Registro de pruebas con el que evitar que reconsulten los pacientes y que la prueba en cuestión no esté realizada, evitando varios contactos con el centro (p. ej., analisis, en las que, en nuestro caso, tanto bioquímica, hematología y/o microbiología tienen tiempos diferentes).

5. Dividir las agendas en “unidades de tiempo”, en las que se desglosan las horas asignadas a la asistencia, de manera que en consultas espontáneas, sin turno fuera de circuito sean la unidad (p. ej., 7,5 min) y las que se crea que precisan más tiempo (dos o tres unidades 15-21 min). Para ello sería necesario que el médico realizara su propia agenda y que el paciente saliera citado de la consulta, o que éste informara a admisión tras la visita (véase Agenda y circuitos) (tabla 4).

CIRCUITOS DENTRO DEL SISTEMA

Recetas

El control de las recetas es necesario en todos los casos. Las tarjetas de largo tratamiento (TLD) son un buen recurso con el que separar la labor burocrática de repetición de medicación de la actuación clínica, actuación que debe ser realizada por personal administrativo. No creemos que se deban realizar recetas para más de un mes. Se ha cuantificado, a este respecto, que una sola persona en 3 h es capaz de realizar las recetas diarias de 6 médicos. La mecanización informática reduce aún más este tiempo. Se ha de huir de la tentación de dejar las recetas firmadas dado que, al margen de ser una ilegalidad, existe el riesgo de que se presione al personal administrativo para prescribir fármacos no autorizados por la TLD. En cualquier caso, es inevitable que en este acto se generen dos contactos con el centro: portar las TLD y recoger las recetas una vez firmadas.

Interconsultas/derivación a especialistas/pruebas complementarias

Deben ser siempre gestionadas desde el centro de salud, es obligatorio por ello la conexión telemática con el hospital. Desde el centro se debe poder proporcionarle al usuario la cita con el otro nivel en el mismo día. Sobre este aspecto se ampliara en el capitulo sobre las relaciones del centro de salud con el segundo nivel.

Certificados, informes, justificantes

Existirá un sistema que, al igual que las recetas, ponga la petición en contacto con el médico (directamente o indirectamente) y éste decida si precisa ver al paciente, o simplemente extender el documento para el día siguiente (tabla 5)

Tabla 5. Gestión de la consulta. ¿Cómo “domar” a una consulta médica desbocada?

- **Estado de ánimo positivo**. Pensar en las consecuencias de nuestras actuaciones.
- **La política de “patear pacientes”** sólo conduce al efecto boomerang incrementando las revisitas. Así, derivar a otros niveles, solicitar pruebas complementarias innecesarias, medicalizar banalidades conduce a “fijar diagnósticos”, a sobrediagnosticar y a hacer dependiente al paciente de su médico. Todo ello aumenta la presión asistencial
- **De ser posible, utilizar el teléfono**. Horario diario en el que uno sea accesible telefónicamente, **Control programado de crónicos, Comunicación de pruebas** normales que no requieren revisita, **Sacar la burocracia** fuera de la consulta .
- **Competencia de administración:** En el caso que admisión no se hiciera cargo, actividad concertada y compartida con enfermería (3 h semanales)
- **Recetas**: cartillas de largo tratamiento: medicación para un mes. Las recetas repetidas se dan en admisión (dos contactos con el centro)
- **Controlar al 20% de pacientes que son “hiperfrecuentadores”**. Afrontarlos con maniobras cognitivas del tipo “volver a pensar”, como un reto. Protegerlos de las pruebas innecesarias y de los especialistas que conducen a “fijar diagnósticos” orgánicos cuando lo que subyace en ellos son problemas de personalidad. Controlar la demanda con la citación obligatoria de todos ellos. “Quiero volverle a ver”. No cambiarles de cupo: mejoran –y frecuentan menos– cuando existe una larga longitudinalidad en la atención
- **Concertar/citar a todos los pacientes crónicos** (6 o más visitas por año)
- **Ánimo de crear microequipo** (unidad básica asistencial) con enfermería y eventualmente con el asistente social. Estamos condenados a entendernos. Consensuar la actuación sobre enfermos comunes (agudos o crónicos) y dejar una hora semanal repasando los enfermos crónicos atendidos: fijar objetivos, dejar peticiones de pruebas firmadas
- **Adecuar la agenda, Aprender a reestructurar la agenda** cuando la realidad nos excede pasando pacientes demorables a días posteriores, **Asegurarse de que siempre queda espacio en la agenda** para citar diariamente, **Garantizar “espacios colchón”** (sin turno) el lunes antes de iniciar la consulta (para imprevistos) y en medio de la cita diaria (para recuperar retrasos), **Actuar sobre el tiempo dedicado, Dedicar más horas (de 4 a 5) cuando se incrementa la demanda** en épocas de epidemia (enero/febrero), a expensas de actividades extraasistenciales Modificar el tiempo por consulta en diagnósticos presumibles (gripe)
- **Informar/educar a los usuarios sobre**: Actuación en molestias menores (automedicación responsable), Autorresponsabilización en enfermedades crónicas, Expectativas sobredimensionadas. “Más no siempre es

EQUIPO

1. Es fundamental mantener y conservar la comunicación entre todos los miembros del EAP para poder llegar a tomar decisiones con respecto a la organización. Lamentablemente, tal como hemos explicado en el apartado de los factores que influyen en la organización de la consulta, los centros de salud desmedidos (más de 10 médicos, 40 personas) dificultan –incluso diríamos que hacen imposible– mantener un nivel comunicacional correcto entre todos su miembros. Las reuniones –el contacto entre los integrantes del EAP– no tienen por qué ser sólo en la habitual "reunión de equipo", pueden hacerse informalmente a la hora del descanso. A veces en 10 min de charla animada se resuelven más problemas que en enconadas discusiones de "equipo". Lo que sí tiene que quedar claro es que debe existir un espacio temporal diario en el que cada uno del equipo si quiere pueda comunicar al resto los problemas que van surgiendo. O también poder planear un espacio quincenal o mensual para tratar los problemas de funcionamiento, en ese caso será necesario ceder de todas las partes integrantes del equipo de salud para definir un horario en el cual puedan todos estar presentes y acomodar otras actividades extras que suelen supoerponerse y terminan obstaculizando estos encuentros. Si tras estos contactos se cree conveniente programar una reunión decisoria, se deberá hacer con tiempo suficiente para que todos estén enterados y puedan (si quieren) manifestar su opinión (tabla 6).

2. Evitar la "saturación" que supone tener un médico permanentemente pendiente de los pacientes "sin turno" dado que impide que éste se implique en el control de su agenda, le resta tiempo en la atención de su propia lista de pacientes y fomenta que exista lista de espera en APS.

Tabla 6. El ambiente laboral

- El clima de trabajo: las reuniones de equipo
- El tamaño del equipo influye en el nivel de comunicación de sus miembros. En equipos grandes las reuniones de coordinación son utilizadas como una "válvula de escape" para descontento general
- Se proponen reuniones informales diarias a la hora del descanso, en las que se pueda contactar con todo el equipo si se quiere y comunicar los problemas que surgen .
- Las reuniones "formales" se deben anunciar con tiempo a todos los miembros del equipo y directamente a los afectados
- Las "informativas", en las que sólo se informa de algún asunto en particular
- Y otras que son para discutir. Reuniones en las que no es preciso llegar a ningún acuerdo (de "debate") o aquellas que al ser vinculantes (o "decisorias") deben existir:
- Una convocatoria personalizada
- Orden del día y acta (tomada por administrativo u otro)
- Un orden en la discusión
- Voluntad de hacer participar a los afectados

PROPUESTAS PARA EL CONTROL DE LA AGENDA

No cabe duda de que es una incongruencia quejarnos de 6 min en citas espontáneas manteniendo muchas veces listas de espera y luego ofertar consultas programadas de 22 min de media.

Por tanto, debe priorizarse la gestión del tiempo (abandonar los términos espontáneo/ programado). Partiendo de la base que el 50% de las visitas de los médicos y el 90% de las de enfermería son visitas concertadas, la actuación sobre las mismas nos es de gran ayuda para controlar la demanda asistencial, disminuyendo a la vez la frecuentación. Tras poner en práctica las propuestas generales para todo usuario (véase Propuestas para el usuario) es conveniente aplicar, tal como propone Ruiz Téllez, una estrategia firme de control de la citación. Citar desde la consulta todas las visitas sucesivas es importante para que quien tenga el control de la frecuentación sea el médico. En este aspecto, el control de la agenda sería obligatorio sobre todo en el 20% de los pacientes que son hiperfrecuentadores (15-20 visitas/año), y conveniente para captar el 20% de los que no acuden nunca a la consulta, ya que al disminuir la frecuentación por proceso quedarían huecos para que saliera a la luz el resto de la morbilidad escondida. Citar en la consulta todo lo concertable es la única forma de controlar la variabilidad de la presión asistencial que, sin ésta, en un 90% depende del usuario. El verdadero poder de la enfermería en nuestro centros y de la especializada en los hospitales se encuentra justamente en el hecho de controlar la demanda asistencial y la frecuentación. A grandes rasgos, se debe aprender a controlar el tiempo:

1. Ajustar el tiempo total de la jornada evitando las horas muertas.

2. Aprender a reestructurar la agenda –pasando pacientes a otros días– cuando el volumen de visitas sobrepasa nuestra capacidad.

3. Confirmar las citas, para disminuir las incomparecencias (frecuente en la privada).
4. Instaurar una "agenda flexible" contando con espacios "colchón" entre visitas (visitas sin citar), con el objetivo de recuperar el retraso de tiempo. Dejar un espacio colchón el lunes al inicio de la consulta para imprevistos y no demorables.
5. Controlar el número de las visitas concertables de enfermos crónicos y hacer que éstas coincidan con las de enfermería (3 por médico y enfermera).
6. Modificar la agenda y el tiempo que dedicamos a la consulta (4-6 h) según la epidemiología-epidemias (p. ej., suprimir reuniones o sesiones clínicas en el mes de julio por la gripe) (tabla 5).

Propuestas dependientes del microequipo funcional o unidad básica asistencial

La unidad médico/enfermera, a la que puede añadirse a distancia el personal administrativo del centro y el personal de apoyo (auxiliares, asistentes sociales, etc.), que atiende a una misma lista de pacientes, es un "microequipo". La unidad básica asistencial (UBA) se caracteriza por mantener una relación médico/enfermera de 1/1 para una misma población.

En el microequipo, o UBA, es donde se observa con más claridad la necesidad de una fase 0 relacional: la comunicación. De fallar ésta, la unidad funcional deja de existir.

Esta forma de trabajar permite delegar actuaciones, complementar actividades, colaborar en procesos comunes, en definitiva, trabajar en equipo de una manera más eficiente y satisfactoria para las diversas partes.

Las actividades compartidas o delegadas son variables según los centros, yendo desde el control de crónicos en la consulta o en el domicilio, a la enfermedad agudas a las que la enfermera aplica un protocolo de actuación consensuado (infección respiratoria aguda, infección urinaria, etc.) antes de la intervención del médico.

La intervención/colaboración puede ir del médico a la enfermera o al revés –que es lo tradicional– y pueden incluso confeccionarse agendas comunes. La repetición de recetas no es labor ni del médico ni del personal de enfermería, es un trabajo administrativo que debería realizarlo quien le corresponde. Sin embargo, como es una actividad generada a partir del acto asistencial, debe consensuarse el quién, el cómo y de qué manera debe realizarse en ausencia (frecuente) de personal auxiliar (nuestro caso).

Es interesante determinar una hora a la semana para un encuentro donde se haga un rápido repaso de los pacientes crónicos atendidos por la enfermera y aquellos otros sobre los que se precise tomar alguna decisión conjunta. Esto ayuda a fijar objetivos, a consensuar actuaciones y a dejar peticiones y pruebas firmadas para las próximas visitas. En éste, periódicamente, puede participar el trabajador social, que debe ubicarse en el centro y formar parte del equipo (tabla 7)

LA CONSULTA

Aunque el verdadero artífice de la gestión de la consulta es la organización correcta de la agenda, existen actuaciones que no se deben olvidar:

1. Ofertar un horario de consulta para que todos los pacientes puedan ponerse en contacto con su médico.

2. Sacar la burocracia fuera de la consulta. Si admisión no puede hacerse cargo de esta función, se debe dejar tiempo fuera de la consulta clínica para repetir la medicación.

3. Hay que evitar quitarse de encima, como recurso fácil, a los pacientes difíciles, hiperfrecuentadores o extremadamente dependientes. Estos calificativos muchas veces no son más que muestras de nuestra actitud hacia ellos y nuestra impotencia y falta de recursos psicológicos parar manejarlos adecuadamente. Quien mejor puede manejar a estos pacientes es su propio médico. El factor de contención y de cambio de actitudes de los pacientes con trastornos de personalidad (muchas veces común a todos ellos) que realiza el médico de cabecera no puede ser suplantado por ningún otro profesional.

4. El paciente crónico dependiente (20%) también se beneficiará de contar con un profesional que lo conoce y se responsabiliza de sus problemas, siempre y cuando no se caiga en el paternalismo. En este tipo de pacientes también es especialmente útil la actuación de enfermería.

5. La historia clínica debe ser lo más clara posible. La misma demuestra el grado de conocimiento que tenemos de nuestros pacientes. La priorización de problemas de salud, contraindicaciones, medicación y planes terapéuticos es muy importante para que en un solo vistazo podamos darnos cuenta de lo más sobresaliente del paciente. El orden ayuda a priorizar actuaciones y a evitar reconsultas innecesarias. En este aspecto, la historia clínica informatizada es de gran ayuda.

PROPUESTAS PARA EL MÉDICO:

Es conocido que los médicos que tienen más pacientes difíciles son aquellos que cuentan con menor satisfacción laboral, menor motivación, menos recursos en entrevista clínica y en manejar situaciones complicadas. También son éstos los que suelen quejarse de pacientes que acuden con consultas banales o inadecuadas. De manera que no es descabellado sospechar que el problema se encuentra, además que en el paciente, en el médico.

Por otro lado, alrededor del 50% de las visitas que atendemos representan lo que se ha dado en llamar "demanda inducida" o generada a partir de los propios médicos, de modo que con poblaciones adscriptas parecidas puedan darse frecuentaciones distintas. En este aspecto, existen factores que afectan al comportamiento del trabajador de la salud, como los intereses del médico (retribución), la medicina defensiva, las reconsultas para disminuir la prescripción, las recomendaciones de la institución, la industria farmacéutica, la edad del médico (los jóvenes realizan más pruebas), el sexo (las mujeres realizan más visitas preventivas y un mejor abordaje psicosocial), la formación (los especialistas de residencias de MG generan una menor utilización), la insatisfacción laboral (*burnout*) (mayor utilización de pruebas complementarias y derivaciones), el déficit en recursos comunicacionales (mayor utilización de medicación, y pruebas diagnósticas), la rapidez en la consulta (modelo biomédico frente al biopsicosocial), etc.

De ahí que sea necesario desarrollar estas actitudes:

1. La empatía o "la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos" (Rogers) es la primera actitud con la que se debe contar en la relación con el paciente (fase 0).

2. Actitud de servicio y de ayuda en la que se genere confianza mutua e interés hacia los problemas del paciente y sensibilidad para abordarlos. Tendencia a asumir un modelo biopsicosocial (fase 1).

3. Habilidades en entrevista clínica (entrevista semiestructurada). Comunicación verbal y no verbal (Borrell) (fase 2).

4. Aplicar técnicas psicoterápicas *(Counseling)*; fases de afrontamiento de situaciones (Bimbela); "volver a pensar" (fase 3):

- – Describir la situación.
- – Escribir un listado de alternativas.
- – Valorar cada alternativa.
- – Tomar la decisión.
- – Actuar.

5. Gestión clínica (gestión de los recursos clínicos y terapéuticos). Al margen del control emocional y/o comunicacional se ha de valorar cada acto como enmarcado en un global, que incluye las siguientes variables:

- Poblacional (equidad, justicia distributiva: todos deben tener las mismas oportunidades).
- Coste-beneficio para el paciente y la sociedad: estrategias para disminuir la frecuentación, aun manteniendo la demanda (disminución de contactos innecesarios con el centro). Por ejemplo, la medicación de complacencia en procesos banales incrementa la frecuentación.
- Educacional. Información sobre autocuidados y autorresponsabilización del paciente en su salud (habilidades de motivación para el cambio de conducta).

6. Actitud de mantener el mismo grupo de pacientes. Las ventajas de la longitudinalidad en la atención se deben a los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. Ayuda a confrontar las expectativas del paciente con la realidad y a soportar la incertidumbre.

7. Ánimo de crear microequipo (UBA). Aprender a delegar, y a tomar decisiones en conjunto con enfermería.

8. Ánimo de formar EAP. Aprender a dialogar, a ceder, a negociar.

Todo ello se resume en una frase: "Pensar siempre en las consecuencias de nuestros actos en la consulta". Decía Baltasar Gracián en uno de sus aforismos –El arte de la prudencia– que la "diligencia hace con rapidez lo que la inteligencia ha pensado con calma", que es justamente lo que nos falta cuando la realidad nos excede, cuando lo que la población nos demanda supera lo que nosotros podemos darle. Actuar rápidamente sin dejar tiempo para pensar –"patearnpacientes..."– es una práctica que nos conducirá a un *burnout* seguro.

Tabla 7. La unidad médico/enfermera

- El microequipo o unidad básica asistencial
- Un buen microequipo y una buena gestión de la consulta pueden salvar la desorganización de un mal equipo
- Es la unidad formada por médico/enfermera en proporción 1/1. Eventualmente pueden/deben añadirse el asistente social, y administrativos/auxiliares
- Todos ellos tienen el mismo objetivo: mejorar la salud de los pacientes comunes
- Primer requisito: buena comunicación (fase 0)
- Segundo requisito: definir las actividades comunes, compartidas o delegadas y el día y hora de reunión semanal – (fase 1)
- Tercer requisito: las actividades no son excluidas de uno de los dos –salvo la que dicta la competencia profesional– pudiendo realizarse indistinta o conjuntamente según carga laboral (fase 2)
- Cuarto requisito: la actividad administrativa generada es del microequipo y debe realizarla el personal administrativo. De no haberlo (algo frecuente) debe compartirse según cargas de trabajo

Tabla 8. Recomendaciones más importantes para la organización de la consulta

Macrogestión

- Disminuir el tamaño de los centros
- Retribución capitativa y por objetivos
- Incentivo al médico y al microequipo
- Corregir la burocracia estructural
- Provisión de recursos según necesidades

Mesogestión

- Mejorar la comunicación entre niveles
- Responsabilizar a cada actor de su actuación
- Aumentar la cartera de pruebas complementarias
- Optimizar circuitos y agendas

Microgestión

- Adecuar la gestión de la consulta a los recursos del centro, el tamaño, el ambiente, la frecuentación.
- Citación en la consulta.
- Sacar la burocracia de la consulta (crear circuitos).
- Compartir enfermos crónicos con enfermería.
- Educación del paciente en autocuidados y utilización del centro.

MODULO 4: Gestion de un Centro de Salud

Capitulo

3



RELACIONES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Niveles Asistenciales





CAPITULO 3 - TEMA 1

Relaciones del Centro de Salud con Otros Niveles Asistenciales

1. Introduccion
2. Fundamento Juridico
3. Tipos de Relacion con el Nivel Especializado
La Consulta
La derivacion
4. Dificultades en la Relacion entre Niveles
4. 1. Generales
4. 2. Estructurales/ Organizativas:
4. 3. Deficiencias Formativas:
5. Coordinacion entre Niveles Asistenciales
5. 1. Consultas Externas
5. 2. Consultas Ambulantes de Especialistas
5. 3. Relacion Medico de Atencion Primaria-Medico Especialista
5. 4. Propuestas para mejorar la Relacion Medico del Primer Nivel de Atencion -Medico Especialista.
5. 5. Soporte de Comunicacion entre el Medico de Atencion Primaria y el Medico Especialista.
5. 6. El Modelo de Comunicacion Ideal.
5. 7. Caracteristicas de la Derivacion del MG Al Especialista.
5. 8. Prescripcion Delegada por el Especialista.
6. Coordinacion con Servicios Centrales del Hospital / Ambulatorio.
6. 1. Radiologia.
6. 2. Tecnicas de Imagen por Ultrasonidos: Ultrasonografia Diagnostica
6. 3. Laboratorio de Analisis Clinicos.
7. Coordinacion con Servicios de Urgencia Hospitalarios e Ingreso de Pacientes
7. 1. Urgencias Hospitalarias.
7. 2. Ingreso De Pacientes.
8. Lista de Espera en Consultas Especializadas
9. Relaciones con Dispositivos de Apoyo (Tocoginecologia, Salud Mental Y Salud Bucodental).
10. Relaciones con los Servicios Sanitarios Privados
11. Coordinacion con otros Niveles e Instituciones no Basicamente Asistenciales.
11. 1. Relacion con la Comunidad.
11. 2. Relaciones con Instituciones Nacionales:
12. Relaciones de los Medicos Generalistas con los Niveles de Gestion de la Asistencia Sanitaria.
12. 1. Relaciones de los Medicos Generalistas con las Jefaturas de Atencion Primaria.
12. 3. Relaciones de los MG con las Direcciones del Hospital de Referencia.



LAS RELACIONES DESDE EL CENTRO DE SALUD
NIVELES ASISTENCIALES

Oviedo, Mayo 1995 Documento semFYC n-º 5

"En términos generales resulta gratuito suponer no sólo que el otro cuenta con la misma información que uno mismo, sino también que el otro debe sacar de dicha información idénticas conclusiones".

Teoría de la Comunicacion Humana

P. WATZLAWICK, J. HELMICK BEAVIN, D.D. JACKSON.

1. Introduccion

Una de las funciones más importantes del Médico Generalista consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario. De hecho, sin la atención continuada y la responsabilidad del Médico Generalista , la atención fragmentada e incoordinada que prestan las especialidades puede resultar peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos sanitarios. La comunicación eficaz con los especialistas es, por lo tanto, una habilidad esencial en Medicina General.

La posición del MG es clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial. El MG resuelve por si mismo la mayor parte de la demanda asistencial y abre la entrada al segundo nivel a un pequeño porcentaje de los pacientes que lo consultan, cuya cuantía varía según los distintos tipos de práctica. Esta función es crítica, pues unos criterios de referencia amplios pueden colapsar el segundo nivel, el cual se ve obligado a adoptar mecanismos de protección. La lista de espera parece ser el único factor de control que opera, aparte de la ocasional directriz disuasoria a los MG por parte de los facultativos del segundo nivel. Al contrario, un MG con criterios de derivación excesivamente estrechos puede negar a enfermos que lo necesiten los beneficios de una asistencia especializada.

Pero no sólo es importante una buena relación entre el Primer Nivel de Atencion y el ámbito especializado. El Primer Nivel también necesita disponer de los medios de apoyo técnico necesarios para desarrollar el abanico de actividades que le son propias, desde las preventivas y de promoción de la salud hasta las de diagnóstico, tratamiento y control de los factores de riesgo y patologías más habituales.

Es evidente que las necesidades tecnológicas de la APS son muy distintas de las del ámbito especializado, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa, pero ello no quiere decir que las estrategias de desarrollo de la APS no hayan de contemplar inversiones en tecnología que permitan aproximar al paciente ambulatorio la realización de las exploraciones complementarias precisas para posibilitar una rápida toma de decisiones clínicas. Desgraciadamente, aún hoy, muchas de estas pruebas permanecen injustificadamente restringidas al ámbito hospitalario, lo cual ha venido contribuyendo a la utilización inadecuada de los servicios de los hospitales por parte de médicos y pacientes. Sin embargo, al MG no cabe restringirle el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas cuando documente un uso racional de las mismas. Es oportuno definir qué técnicas básicas deben estar accesibles y disponibles sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente, pues el reto de la APS no es sólo servir de filtro para los demás niveles asistenciales sino también orientar adecuadamente, utilizando las pruebas diagnósticas cuando sea preciso, a ese 95% de pacientes con problemas de salud que son susceptibles de ser tratados en nuestro nivel asistencial.

En definitiva, dentro del sistema sanitario el MG adopta funciones de regulación y coordinación. Como en cualquier otra organización el generalista

"... las necesidades tecnológicas de la APS son muy distintas de las del ámbito especializado, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa, pero ello no quiere decir que las estrategias de desarrollo de la APS no hayan de contemplar inversiones en tecnología que permitan aproximar al paciente ambulatorio la realización de las exploraciones complementarias precisas para posibilitar una rápida toma de decisiones clínicas ..."

posee una visión global del conjunto del sistema sanitario. Conoce sus objetivos, el funcionamiento de cada una de sus partes, su estructura y sus relaciones. Actúa como centro de información dentro del sistema: capta información de dentro o de fuera de la organización y es capaz de enviarla a otras partes de la misma.

No es posible desarrollar una óptima gestión de centro de salud si no se insiste en la necesidad de articulación entre los diferentes niveles asistenciales. Esto además enfatiza la APS como estrategia organizacional.

2. Fundamento Juridico

El MG ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

En España por ejemplo el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud recoge la necesidad de que los Equipos de Atención Primaria (EAP) desarrollen su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados, contemplando como su primera función *"Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial"*. También la Ley General de Sanidad de 1986, recoge en su artículo 65, apartado 19 que "*Cada Area de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud"*, para añadir en el apartado 3 del mismo artículo que "*En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales"*.

En Argentina no es sencillo disponer de legislación unificada al respecto.

Aunque el núcleo fundamental de la relación médico-paciente se desarrolla a partir de la interacción entre dos personas, el encuentro clínico puede contemplarse desde una perspectiva más amplia, como resultante de la interacción entre dos sistemas: el sistema sanitario, al cual pertenece a los trabajadores de la salud, y el sistema familiar y sociocultural en el que vive el enfermo. En su relación con el enfermo el MG trabaja conjuntamente en tres niveles: en el del individuo, el de la familia de la que forma parte y el de la comunidad en la que se integra.

Al hablar de coordinación o relación del MG con otros niveles habrá que analizar las relaciones con la Atención Especializada, con las Estructuras de Gestión del Sistema Sanitario, con la Comunidad y finalmente con las Instituciones Docentes.

3. Tipos de Relacion con el Nivel Especializado

Los médicos de APS suelen ser capaces de ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada y deben ser los responsables de velar para que unicamente acudan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada. El MG debiera ser, en lo posible, el que dé la entrada a los distintos especialistas, aunque la entrada del enfermo en el segundo nivel no implica el abandono de la responsabilidad del MG sobre el paciente. De ahí que la división de responsabilidad entre el MG y el especialista tenga que ser definida con suma claridad.

Mc Winnhey ha definido con precisión los distintos procesos que pueden dan lugar a la entrada del paciente en el segundo nivel y que básicamente son la Consulta y la Derivación.

La Consulta

En la Consulta el MG responsable del paciente pide a un colega su opinión sobre el caso y aunque la opinión del consultor tendrá lógicamente un valor, no es vinculante. La selección del especialista más apropiado para las necesidades del paciente es una responsabilidad importante del MG.

Las consultas pueden ser formales o informales, según los canales de comunicación establecidos o no que se utilicen. Lo más oportuno es que la mayoría de ellas sean formales.

Para que la consultas de los MG a los especialistas del segundo nivel sean efectivas se requiere:

- Que el médico que solicite la consulta se comunique directamente con el especialista consultor por escrito.
- Que la petición de la consulta enumere todos los problemas significativos del paciente, los hallazgos principales del médico, las pruebas que se han realizado, todos los medicamentos prescritos y el objetivo de la consulta.
- Explicar al paciente los motivos por los que se realiza la consulta.
- Que el consultor responda con prontitud dando su opinión.

Las razones para una consulta del MG al especialista del segundo nivel pueden ser muchas y variadas:

- Ayuda ante una duda diagnóstica
- Consejo sobre un curso específico de tratamiento. Opinión sobre el resultado de una prueba o hallazgo físico -Simplemente para tranquilizar al paciente.

La derivacion

La Derivación implica transferencia de la responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente. Aunque esta transferencia de responsabilidad nunca es total, puesto que el MG siempre conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente.

Podemos encontrar cuatro tipos principales de derivaciones:

- Provisional. Cuando el paciente es enviado para que reciba atención integral durante un periodo de tiempo limitado, por ejemplo durante una intervención quirúrgica.
- Colateral. Cuando el MG que hizo la derivación mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para que sea atendido por algún problema específico por ejemplo por un glaucoma crónico.
- Cruzada. Cuando se aconseja al paciente que vea otro médico y el MG que hizo la derivación no acepta más responsabilidad sobre su cuidado. Esta práctica debe ser condenada pues conlleva despilfarro de recursos, desmoralización del paciente y desprestigio del MG. Más frecuentemente ocurre entre especialistas. Si un especialista (al que un MG ha remitido un paciente considera que existe un problema que no es del dominio de su especialidad, debiera referir de nuevo el enfermo a su MG, para que este fuera el que dictara la necesidad de consultar o no con un nuevo especialista. Es decir, las consultas y envíos cruzados entre especialistas sin la participación del MG deberían, en lo posible, evitarse.
- Fragmentada. Lo que habitualmente acontece entre especialistas ante pacientes con pluripatología, encargándose cada uno de ellos de su parcela (“yo sólo me ocupo de la diabetes”, ¡como endocrinólogo que soy!, “vos de la cardiopatía isquémica” etc), pero sin que ninguno asuma la responsabilidad global del enfermo.

> ***“... Los médicos de APS suelen ser capaces de ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada y deben ser los responsables de velar para que unicamente acudan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada. El MG debiera ser, en lo posible, el que dé la entrada a los distintos especialistas, aunque la entrada del enfermo en el segundo nivel no implica el abandono de la responsabilidad del MG sobre el paciente. De ahí que la división de responsabilidad entre el MG y el especialista tenga que ser definida con suma claridad ...”***

Si un enfermo está bajo control de distintos especialistas, por varios problemas colaterales, debe ser el MG el que los coordine, haciendo, de los múltiples problemas, exploraciones y tratamientos, una unidad inteligible para el paciente y su familia. Como afirma Mc Whinney debe ser el MG quien señale lo que es prioritario, lo que es accesorio y lo que es contradictorio y en ocasiones debe incluso llegar a proteger al paciente de técnicas y actitudes recomendadas por algunos especialistas.

El cuidado fragmentario de un paciente por parte de varios especialistas al unísono, sin una clara delimitación de quien es el responsable último del enfermo, puede tener ciertos riesgos para éste. Balint describió el fenómeno resultante de este tipo de práctica al que denominó “complicidad o confabulación en el anónimato”.

Puede ocurrir que o bien por una actitud del MG de no querer reafirmarse en sus funciones o bien por parte del otro especialista de no querer abandonar su posición jerárquica, realicemos más procesos de derivación que de consulta. Es más, muchas veces somos meros “suministradores de

“... Lentamente pero de un modo evidente en nuestro país el especialista, a su vez, está empezando a encontrar en el MG un auditor externo que puede evaluar la calidad de sus diagnósticos y cuestionar sus prescripciones y con el que se ve, además, obligado a compartir los servicios centrales de diagnóstico, haciéndole perder parcelas en el ámbito de la formación ...”

recetas” de otro especialista. En el otro lado de la balanza podríamos encontrarnos con MG impregnados de un “furor terapéutico” que no les permite derivar a los pacientes, aun cuando esté claramente indicado, con lo que se les podría estar privando de unos beneficios asistenciales. Ni que decir tiene que el deseo de un paciente de oír una segunda opinión se debería tomar siempre con seriedad y, salvo casos excepcionales, aceptarse tras un proceso de negociación.

4. Dificultades en la Relacion entre Niveles

4. 1. Generales

Desconfianza entre especialistas y MG

Tradicionalmente el especialista hospitalario ha visto al MG como un profesional poco cualificado, con poca capacidad de contención de pacientes en el nivel asistencial primario y que le sobrecarga, por tanto, su consulta con asuntos triviales. En definitiva un simple “proveedor” de las “recetas” que prescribe su ciencia.

Institucionalmente, en general, no existen canales de comunicación entre niveles, aparte de los deficientes documentos de derivación. Las llamadas telefónicas, las reuniones, las visitas, los protocolos conjuntos son productos del voluntarismo de ambas partes.

Los MG se quejan de que de muchos de los pacientes que derivan a los especialistas no reciben respuesta alguna, y de los que llega se observan defectos de información como falta de informe escrito de lo evaluado, falta de diagnóstico o tratamiento en algunos de ellos. Lentamente pero de un modo evidente en nuestro país el especialista, a su vez, está empezando a encontrar en el MG un auditor externo que puede evaluar la calidad de sus diagnósticos y cuestionar sus prescripciones y con el que se ve, además, obligado a compartir los servicios centrales de diagnóstico, haciéndole perder parcelas en el ámbito de la formación.

En este clima de desconfianzas mutuas no es raro que surjan paradojas en la comunicación como la profecía autocumplidora (“conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada”), con MG que no cumplimentan siquiera mínimamente los modelos de interconsulta y con especialistas que comunican “verbalmente” al paciente el resultado de su intervención para que éste o su familia lo “transmitan” a su médico de cabecera.

Retención excesiva de pacientes en los circuitos hospitalarios.

La idolatría hacia la tecnología y la superespecialización favorece la dependencia de los pacientes frente a especialistas a los que el MG consultó aspectos puntuales de su patología.

Además el mercado laboral actual, con pocas expectativas para muchos especialistas hospitalarios, está favoreciendo no sólo la retención excesiva de pacientes en los circuitos hospitalarios (a fin de mantener cotas altas de demanda y justificar el mantenimiento o creación de “nuevas plazas” de especialistas) sino también la aparición de injustificadas “Unidades hospitalarias” para patologías de alta prevalencia que deben ser atendidas por el MG que, con una población asignada adecuada, está plenamente capacitado para asumirlas. Pensemos, como ejemplo y ¡hasta ahora! en las “Unidades de Lípidos”, “Hipertensión”, “Diabetes”, etc.

4. 2. Estructurales/ Organizativas:

Insuficiente desarrollo de la Reforma Sanitaria.

Todavía existe una incompleta implantación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud (APS) y de la jerarquización de especialistas del segundo nivel. A esto habría que añadir que la reforma en ambos niveles no se está desarrollando al unisono sino de una manera descoordinada, por lo que hay Areas de Salud donde está concluida la reforma asistencial de la APS pero la de la especializada es escasa o a la inversa. El resultado de esta situación es doblemente perjudicial. Cada nivel asistencial piensa que el otro está haciendo las cosas igual de mal que siempre y las

mejoras se diluyen en esa visión global. Además la impresión que se tiene de la calidad resultante es la de la calidad del peor nivel.

En nuestro país el inadecuado desarrollo legislativo no facilita tampoco el establecimiento de vínculos institucionales y organizativos. Se carece de una dirección única con presupuestos, objetivos y planes comunes. Aunque se han dado algunos pasos en el inicio de una transformación de médicos de hospital a médicos de primer nivel *¿programa de médicos comunitarios....?*, el poder que mantiene el Jefe de Servicio es excesivo y puede impedir que este paso sea real.

También se presentan disonancias en la relación entre niveles asistenciales por la persistencia de las indefiniciones público/privado, que aún no están suficientemente solucionadas.

TAMAÑO EXCESIVO DEL AREA DE SALUD.

La integración real de recursos y el conocimiento personal y directo entre los diferentes profesionales del Area Sanitaria se ve dificultado cuando el tamaño de ésta es excesivo. Si, por ejemplo, las pruebas analíticas dependen de más de un laboratorio, se repiten inútilmente por desconfianza. Iguales dificultades acontencen en estas situaciones ante deseos de homogeneizar criterios diagnósticos, terapéuticos, etc.

UBICACIÓN MONOPOLÍSTICA DE LA TECNOLOGÍA EN EL NIVEL ESPECIALIZADO.

De manera inconcebible persisten potestades exclusivas del médico especialista, tanto en el ámbito diagnóstico como terapéutico, que podrían ser compartidas también por el MG. Por ejemplo sigue estando restringida, a determinados especialistas, la prescripción de medias de distintos grados de compresión, etc y aún siguen apareciendo medicamentos bajo la denominación “especialidad de diagnóstico hospitalario” sin otro fundamento que la minusvaloración del primer nivel de atención. Tal el caso en alguno ámbitos de ciertos antibióticos como la ciprofloxacina o los inhibidores de la betalactamasa por mencionar algunos. Los médicos de APS no tienen acceso a pruebas complementarias de diagnóstico en las mismas condiciones que sus compañeros de Atención Especializada, lo que les mantiene en unas condiciones de dependencia y subsidiaridad que impiden una relación horizontal, sobre la que se debe basar una adecuada coordinación. Obviamente que esta coordinación debe priorizar las pruebas complementarias que aseguren el seguimiento en el centro de salud posteriormente.

Existen algunos ejemplos locales donde algunos MG solicitan pruebas y las mismas son realizadas en el hospital, como por ejemplo un dosaje de hormonas tiroideas, hecho que asegura el control terapéutico por ese MG sin necesidad de acceder a un nivel de atención diferente del primero. O en el caso de la mamografía, examen que muestra cierta limitación ante el pedido por parte de MG desde el subsector estatal de la salud.

4. 3. Deficiencias Formativas:

Existe un gran desconocimiento de lo que es la APS a nivel secundario. No en vano muchos estudiantes de medicina acceden a una especialización hospitalaria y la ejercen sin haber pisado un Centro de Salud. Incluso si la especialidad es la de pediatría o psiquiatría, que tanto precisan de este acercamiento. Afortunadamente, el médico Generalista, con especialización de posgrado en los diferentes sistemas de residencias del país, si que ha conocido sobre el terreno el funcionamiento de los servicios hospitalarios durante los dos primeros años de su residencia (dependiendo del tipo de programa formativo) y puede aprovecharlo para facilitar la relación con ese nivel asistencial.

- La población mantiene una idealización de los medios de alta tecnología y hospitalarios, y cierta preferencia por los mismos, como consecuencia de una etapa en la que sólo en el hospital se disponía de los recursos y conocimientos suficientes. Este acumulo de recursos, de protagonismo y por lo tanto de poder, explica la resistencia que muestran algunos especialistas del segundo nivel, a que la APS asuma el papel que le corresponde.
- Persistencia de la relación MG-Especialista como relación alumno / profesor. Debido a que los hospitales han sido los únicos centros docentes durante muchos años, tanto de estudiantes de medicina como de especialistas en formación, persiste una relación de profesor / alumno poco igualitaria que dificulta entre otras cosas la elaboración conjunta de protocolos diagnósticos o terapéuticos o la colaboración en proyectos de investigación.

5. Coordinacion entre Niveles Asistenciales

5. 1. Consultas Externas

Las consultas externas (CE), son aquellas consultas de especialista que se ubican en el mismo recinto hospitalario o en un anexo de éste.

El personal que atiende las CE depende de un servicio hospitalario perfectamente jerarquizado, encontrando distintas categorías de médicos especialistas: Residentes (en formación) y Especialistas (ya formados). El médico especialista en este tipo de consultas está organizado jerárquicamente, dependiendo del Jefe de Servicio hospitalario correspondiente.

Estos médicos especialistas atienden las consultas externas de tres maneras: sistema rotatorio (cada cierto tiempo pasan de la sala a la CE y viceversa), alternante (pasan sala normalmente y ciertos días la CE), o permanente. En este caso se suelen encontrar o los médicos ya veteranos o los recién incorporados al servicio.

VENTAJAS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS:

-Para el medico especialista. Este no sale de su Hospital (no se siente desterrado de su Servicio), le permite realizar interconsultas y agilizar pruebas complementarias hospitalarias así como facilitar el ingreso del paciente en su Servicio.

-Para el paciente. Este se ve arropado y "protegido" por la parafernalia y los medios hospitalarios y a veces puede localizar al médico en el Hospital, fuera del día y hora de CE.

INCONVENIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA:

-Para el médico especialista. Tiende a pasar por alto exploraciones y pruebas más elementales y sencillas, en favor de otras más sofisticadas y complejas. En general desconoce factores del paciente ajenos a su enfermedad actual y realiza un muy mal seguimiento de la misma ya que entre otras cosas carece de los medios para el mismo.

-Para el paciente. Según el sistema de trabajo puede no atenderle siempre el mismo médico especialista. El impacto favorable de acudir a un hospital puede verse contrarrestado por este inconveniente.

5. 2. Consultas Ambulantes de Especialistas

En numerosos sitios del país existen médicos especialistas que se ubican en el Centro de Salud.

Este personal suele depender de un Servicio hospitalario o de un área programática o una dirección de APS, tomando las características de las CE de Hospital. Se trata de médicos especialistas (pediatría internista, medicina interna, tocoginecología, contratados a tiempo parcial. No dependen en forma directa de ningún Servicio hospitalario y la única relación que mantienen con el Hospital son las derivaciones a éste. Estos médicos especialistas suelen atender a un grupo de pacientes fijos. Quizá esta situación se deba a la escasa oferta de MG, la subespecialización de algunos u otros motivos.

VENTAJAS DE ESTE TIPO DE CONSULTAS

-Para el médico especialista. Alto grado de autonomía. Al no depender jerárquicamente de un superior, el sistema está abierto a nuevas iniciativas. Al ser contratos a tiempo parcial se compaginan fácilmente con la actividad privada. También es de resaltar un mayor contacto con los aspectos clínicos del proceso al estar más dificultado el acceso a pruebas sofisticadas. Pero esto suele implicar un proceso de *"desresponsabilización* " en numerosas oportunidades hacia los pacientes por la necesidad de razonar *"uso de tecnología aparatológica mediante".*

-Para el paciente. Este puede sentirse en un medio más acogedor, con mayor contención tecnológica.

INCONVENIENTES DE ESTE TIPO DE CONSULTAS

-Para el médico especialista formado en el Hospital salir de éste supone, a veces, un trauma importante viendo dificultada su promoción en el Servicio, su formación y sus investigaciones. Además se ve más desprotegido de pruebas, ingresos, etc. También experimenta sensación de olvido y una desvinculación relativa de sus antiguos compañeros.

-Para el paciente existe una dificultad (imposibilidad casi siempre) para contactar con su médico especialista fuera de los días y hora de consulta. Aquellos pacientes que buscan la solución de sus problemas en la tecnología punta, se pueden ver defraudados.

5. 3. Relacion Medico de Atencion Primaria-Medico Especialista

En nuestro país los médicos especialistas que obtuvieron la especialización no han recibido en su formación contenidos de APS, la relación de éstos con los médicos del Primer Nivel de Atencion ha sido y es, generalmente, nula. También la especialidad de Medicina General les resulta en el mejor de los casos desconocida, cuando no sospechosa.

Si nos referimos a médicos especialistas que han realizado previamente formación en APS (caso de muchos MG que luego se especializaron en lineales) parece existir una mejor relación con los médicos de Atención Primaria. Sin embargo esta relación se diluye con el tiempo, sobretodo si están sometidos a una presión asistencial elevada de la que hacen responsable a los MG. Tampoco ayuda la precariedad de medios de que disponen en ocasiones y para la que ni se han mentalizado ni formado durante su estancia hospitalaria.

Las reuniones y sesiones clínicas comunes entre MG y especialistas brillan por su ausencia y lo que las remedia son reuniones con un marcado carácter comercial, bajo los auspicios de la industria farmacéutica. Sin embargo, las sesiones serían positivas desde un punto de vista asistencial/ profesional y personal, pues en estas reuniones se ponen sobre el tapete problemas clínicos, profesionales y personales que inciden en ambos grupos, y conocer los problemas es el primer paso para solucionarlos.

5. 4. Propuestas para mejorar la Relacion Medico del Primer Nivel de Atencion - Medico Especialista.

- La dependencia hospitalaria del médico especialista puede facilitar esta relación.
- Facilitar la consulta (aunque sea telefónica), evitando sobrecarga de derivaciones.
- Favorecer las reuniones de trabajo.
- Elaboración de protocolos conjuntos tanto de derivación como de diagnóstico y tratamiento en APS.

Así se lograría que el médico especialista fuese también vínculo de unión entre el Centro de Salud y el Hospital, labor que en la actualidad realiza exclusivamente el MG.

5. 5. Soporte de Comunicacion entre el Medico de Atencion Primaria y el Medico Especialista.

La comunicación entre el MG y el especialista se realiza, en la actualidad y en la mayoría de los casos, de forma escrita. Aunque a veces hay comunicación verbal, telefónica o directa, este tipo de comunicación no está normatizada por los Niveles Intermedios (Oficinas de Area Programatica, Coordinacion de APS, Zona de Salud), y la mayor parte de las veces se realiza de forma personal y no reglada. Muchas veces el éxito de la derivación dependerá de la relación entre el MG y el especialista cultivada en los años de pregrado por ejemplo.

La comunicación entre el MG y el especialista debe ser realizada, por tanto, de forma escrita, solicitando una colaboración o derivación. La comunicación se realiza con el formulario de referencia y contrarreferencia (FRC) que en algunos sitios es implementado, en el que al menos han de contar los datos de filiación, sin los cuales es rechazada la solicitud de derivación. El medio de transporte de esta comunicación puede variar, desde hacer la citación vía telefónica hacia la coordinación general de los centros como puede ser un oficina de APS dentro de un hospital o sencillamente por medio del paciente que debe acudir al hospital a solicitar turno correspondiente. En cualquier caso, el paciente suele acudir a la consulta del especialista provisto por el FRC.

En el regreso de la información en sentido contrario (contrarreferencia), es decir médico especialista-médico generalista, es, quizás, donde más se aprecia la descoordinación entre estos dos niveles ya que en estudios españoles realizados sobre este tema, en las mejores series apenas se llega a un 50% de respuestas (cumplimentación de un informe) por parte del especialista.

El informe del especialista puede retornar al MG por diferentes medios, aunque normalmente es el propio paciente el que lleva dicho informe a su médico de cabecera. En algunas zonas se utiliza un sistema de correo interno tanto para solicitar la consulta como para devolver los informes.

Cuando es el paciente quien vehiculiza la información el proceso se simplifica y se extravían menos informes. También el paciente prioriza la urgencia de la información, participando más activamente en la curación de su proceso.

Los soportes materiales para la comunicación entre el nivel primario y el secundario son los Formularios de Referencia y contrarreferencia (FRC) que se utilizan por ejemplo en la provincia de Santa Fe. Entre las diferentes premisas cabe destacar:

- El mismo debe mostrar un aceptado uso polivalente.
- Debe ser de fácil cumplimentación.
- Debe ser de pequeño tamaño, que favorece su transporte y fácil archivo.
- Deben existir datos de filiación importantes, como la fecha de nacimiento.

Debe existir superficie para escribir adecuada, (356 cm cuadrados aproximadamente) con delimitación clara de un espacio reservado para el informe del médico especialista.

5. 6. El Modelo de Comunicacion Ideal.

El soporte ideal para la comunicación entre los niveles asistenciales primario y secundario, sería aquel en el que se recogiesen los datos de filiación justos y de forma correcta, con un tamaño adecuado para su transporte y archivo, con espacio suficiente para describir los motivos de consulta (con todos los datos clínicos, pruebas complementarias, etc) y con espacio específico y delimitado también para el informe del especialista. Debería ser en forma duplicada (copia carbón) y con no demasiados apartados (con un apartado para la filiación, otro para el motivo de consulta y otro para el informe del especialista sería suficiente). También es importante que se hiciese constar la fecha de solicitud, la fecha y hora de la consulta con el especialista y el nombre de ambos facultativos.

Como medio de vehiculización de este documento puede utilizarse tanto el propio paciente (o sus familiares) como un sistema de correo interno. Este último en muchos casos (sobre todo a nivel urbano, donde las distancias no son excesivas) burocratiza y entorpece la propia citación, aunque depende por supuesto de la propia eficacia y fluidez de dicho correo.

El propio paciente (o sus familiares) nos parece un medio válido de vehiculización, pues se consigue la implicación del paciente en su proceso y además prioriza la rapidez de respuesta. Los pacientes son, generalmente, cuidadosos con los informes y la experiencia nos demuestra que si no llegan más informes del especialista al médico de cabecera es, sencillamente, porque dichos informes no son emitidos.

"... no es posible concebir la relación entre el Primer y el Segundo nivel como un problema de derivación ... el medico generalista en la mayoría de las ocasiones no le deriva pacientes al especialista sino que le consulta problemas, pues sigue asumiendo la responsabilidad global de su paciente ..."

5. 7. Caracteristicas de la Derivacion del MG Al Especialista.

Cuando analizamos las relaciones del MG con el segundo nivel utilizamos más la palabra Derivaciones que Consultas, posiblemente por las otras acepciones más habituales que conserva la segunda de ellas. Así se habla de Consulta para referirse al espacio físico en el que desarrollamos gran parte de nuestra labor, a unas de las funciones de nuestro pérfil profesional, a los pacientes que atendemos, etc. ("estoy en mi consulta", "estoy haciendo las consulta" "tengo 35 consultas diarias").

Sin embargo, y como hemos comentado con anterioridad en otro apartado, no es posible concebir la relación entre el Primer y el Segundo nivel como un problema de derivación. El MG en la mayoría de las ocasiones no le deriva pacientes al especialista sino que le consulta problemas, pues sigue asumiendo la responsabilidad global de su paciente. Estamos ante un área de la atención de salud (la interconexión entre el nivel primario y el secundario) que es esencial para la salud del paciente y, en gran medida, sienta la base de los altos costos de la asistencia hospitalaria.

En el proceso de consulta y derivación existen importantes implicaciones psicológicas, aún escasamente estudiadas, y que dependen tanto del médico y sus ansiedades como de las del paciente y su familia. Para Balint las necesidades que llevan a un MG a solicitar la ayuda de un especialista pueden definirse desde el punto de vista psicológico como una crisis de confianza (bien del médico en sus propios conocimientos y medios, bien del paciente y su familia en la capacidad de su médico).

La derivación también puede ser un medio de evitar enfrentamientos con pacientes problemáticos, fundamentalmente aquellos con trastornos psicológicos o de la personalidad. Algunos estudios analizan como indicador en la derivación de pacientes la tasa de derivación mensual definida como el cociente entre el número de pacientes derivados y el número de pacientes visitados en un mes. Según autores españoles el porcentaje de demanda derivada presenta una gran variabilidad interindividual que puede oscilar entre el 4 y el 9%, con rango más amplio en algunos estudios.

Estos datos no ofrecen la suficiente consistencia como para ser utilizados en programas de control de calidad, ya que hay trabajos publicados que relacionan la Tasa de derivación con una serie de factores que impiden afirmar que las tasas de derivación altas sean peores que las bajas. Incluso se ha demostrado que cuantos más conocimientos se tienen sobre una materia más se puede derivar a la especialidad correspondiente. También se ha comprobado que las cargas de trabajo no influyen en la derivación.

Las diferencias encontradas al comparar la derivación entre Consultorios tradicionales y Centros de Salud no se explican por el tamaño población usuaria, ni por la presión asistencial, ni por la edad y sexo del profesional ni por la accesibilidad a especialistas. La menor tasa de derivación observada en Centros de Salud se explica más por las características del modelo y/o de los profesionales.

Es frecuente plantear soluciones para mejorar la integración asistencial y la comunicación entre niveles, proponiendo actividades de formación y protocolización conjuntas y la optimización de la transmisión de información clínica. En los últimos años hemos asistido a numerosas experiencias que han tenido un impacto relativo y limitado a actividades específicas y generalmente a iniciativa de los MG.

Las dificultades en la generalización de estas experiencias demuestra el desconocimiento e incluso la disonancia clara que hay en las expectativas que un nivel tiene del otro. Nos parece importante resaltar que el conocimiento físico de los especialistas consultores facilita la relación en las comunicaciones formales (informes clínicos, docencia, protocolos) e informales (consultas telefónicas en aquellos sitios donde es posible). Pero ese conocimiento es especialmente dificultoso si cada médico Generalista tiene asignados diferentes cuadros de especialistas dentro de un mismo EAP.

"... asumir que el Médico de APS no deriva pacientes sino que consulta problemas y tener claro este concepto por parte de ambos niveles asistenciales puede originar implicaciones organizativas de importancia ... así, como se defiende en numerosas instancias, el MG puede seguir de manera continuada a sus pacientes, evitando las numerosas consultas para revisiones a que son obligados los pacientes cuando realizamos una consulta puntual. Incluso podrían aliviarse las listas de espera ..."

Asumir que el Médico de APS no deriva pacientes sino que consulta problemas y tener claro este concepto por parte de ambos niveles asistenciales puede originar implicaciones organizativas de importancia. Así, como se defiende en numerosas instancias, el MG puede seguir de manera continuada a sus pacientes, evitando las numerosas consultas para revisiones a que son obligados los pacientes cuando realizamos una consulta puntual. Incluso podrían aliviarse las listas de espera.

Debemos impregnarnos del concepto de "Consulta Clínica" y así especificarlo al transmitir la información, para evitar revisiones innecesarias. Hay que reclamar que la información complementaria (radiografías, laboratorios) aportada en nuestro informe de interconsulta goza de la misma credibilidad que la del especialista.

Un grupo de pacientes que pueden requerir interconsultas con frecuencia son aquellos afectados por varias patologías crónicas. En ocasiones son enviados de un especialista a otro, ("Derivaciones cruzadas y fragmentadas"), sin volver a la consulta del médico de cabecera, y son estudiados de manera parcelada sin aportar integridad alguna, tan necesaria, en su atención.

Necesitamos para este grupo de pacientes un flujo de interconsulta directo y rápido, buscando la reintegración temprana a su médico de cabecera, tras las reagudizaciones que les descompensan y para ello será muy importante establecer una buena relación de consultoría con el Servicio de Medicina Interna del hospital de referencia.

En demasiadas ocasiones los servicios especializados reciben a nuestros pacientes, tras reiteradas consultas en APS, por problemas propios de nuestro nivel. En ocasiones por requerir confir-

mación diagnóstica, terapéutica o simplemente por la insistencia del paciente hacia la derivación. Un gran porcentaje de las consultas en el segundo nivel son por motivos propios de APS y los especialistas que las atienden no asumen muchas veces esta situación desde la óptica de su formación exclusivamente hospitalaria.

Por ello no parece descabellado proponer que las especialidades que más frecuentemente reciben interconsultas desde APS, contemplen la posibilidad de modificar sus Programas de Formación, incluyendo una rotación por Centros Docentes de Medicina General para conocer nuestra situación, comprender la importancia del abordaje integral y, en definitiva, disminuir la insatisfacción profesional que las interconsultas con este tipo de pacientes les pueda generar en su actividad diaria.

Ha pasado tiempo suficiente como para que las vías de "coordinación", "protocolización", etc como mecanismo de mejorar la relación entre ambos niveles se potencien y generalicen desde un nuevo marco de relación entre niveles asistenciales. Nuestra Sociedad Científica debe apostar por un cambio esencial en la relación entre el médico generalista y el médico de segundo nivel, buscando una serie de objetivos:

- Reconocimiento de las aptitudes y habilidades de los MG.
- Reconocimiento de nuestra competencia en problemas prevalentes de salud detectados en la Comunidad.
- Necesidad de acceso a pruebas complementarias en APS, en las mismas condiciones de control de calidad que el resto de especialistas. No cabe restringir el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas cuando se documente un uso racional de las mismas.
- Búsqueda de coordinación real a nivel Directivo.
- Propuestas de objetivos globales para el Area de Salud.

El cambio deseado puede concretarse en la regulación de la posibilidad de elección de especialista por el MG, aunque habría que resolver en ambos niveles previamente los problemas funcionales y organizativos existentes.

5. 8. Prescripcion Delegada por el Especialista.

Viene siendo habitual leer noticias (generalmente en prensa no especializada) acerca de que la mayor parte del gasto farmacéutico (95%) corresponde a los médicos de APS, a quienes de paso se nos responsabiliza en mayor o menor grado del coste que el absentismo laboral produce. Estos datos, aportados desde ámbitos directivos, se acompañan con las consabidas reflexiones en torno a la necesidad de "concienciarnos" para que asumamos un papel de gestores, sin profundizar en absoluto en temas que tienen tanta trascendencia y demasiadas implicaciones.

Recientemente se están publicando, en revistas de Atención Primaria, estudios que tratan de valorar el peso que la prescripción delegada del especialista tiene sobre la prescripción de los MG (prescripcion delegada es cuando el Medico Generalista transcribe recetas indicadas por el especialista). Son trabajos preliminares que no permiten la extrapolación de resultados pero que aportan datos que confirman nuestra experiencia diaria y que debemos tenerlos en cuenta.

La cuantificación de la prescripción delegada se hace en torno a cifras superiores al 30% del número de recetas y cercana al 40% si consideramos el gasto en farmacia, ya que la prescripción del especialista es más cara (precio medio/envase) que la realizada en APS.

Otro dato relevante es que la prescripción delegada no siempre se acompaña de una adecuada información que facilite la continuidad en la atención por el médico de cabecera, observándose mayores deficiencias por parte de los especialistas ubicados en los ambulatorios.

No hay que olvidar la capacidad como "formadores de opinión" que los especialistas tienen sobre la prescripción de los MG, aunque (¿afortunadamente?) cada vez es menor.

Si que es conveniente enfatizar que la prescripción delegada de medicamentos del especialista tendría que dar paso a la propuesta / consejo, que no obligación, al MG para que éste libremente acepte o no la prescripción y con ella la

"... no parece descabellado proponer que las especialidades que más frecuentemente reciben interconsultas desde APS, contemplen la posibilidad de modificar sus Programas de Formación, incluyendo una rotación por Centros Docentes de Medicina General para conocer nuestra situación, comprender la importancia del abordaje integral y, en definitiva, disminuir la insatisfacción profesional que las interconsultas con este tipo de pacientes les pueda generar en su actividad diaria ..."

responsabilización de la misma. También es necesario reclamar a los especialistas hospitalarios que se circunscriban lo más posible a los fármacos incluidos en los formularios de su Centro, cuando plantean la terapéutica al alta de los pacientes.

Es importante no responsabilizar exclusivamente del gasto de farmacia a un solo nivel asistencial, ya que es todo el Sistema Sanitario en su conjunto quien lo justifica. Por eso nos corresponde a todos los profesionales sanitarios participar en la prescripción racional y de calidad en farmacia, teniendo la Administración una clara responsabilidad en la definición explicita de una oferta farmacéutica con criterios de calidad definidos (selección de la oferta) que orienten hacia una mejora en la prescripción al margen de criterios puramente economicistas.

6. Coordinacion con Servicios Centrales del Hospital / Ambulatorio.

Los Servicios Centrales del Hospital / Ambulatorio los constituyen aquellos departamentos (Análisis clínicos y Microbiología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico) que proporcionan la realización de técnicas diagnósticas utilizadas por el resto de los Servicios Hospitalarios y del Primer Nivel de Atencion.

Cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el médico generalista, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente. Cuando esto no es así puede ocurrir que el envío de un paciente al especialista no sea una opción sincera de su médico de cabecera para procurarle una atención óptima, sino que esté motivada por la necesidad de realizar pruebas complementarias que confirmen o descarten un diagnóstico y que no están al alcance del MG.

Tradicionalmente la capacidad para indicar una determinada exploración complementaria ha estado bastante restringida a los MG. Ni los directores de hospital (que han temido un uso irracional de la oferta de esa capacidad de petición de pruebas complementarias) ni muchos especialistas (que dudan de la formación de los médicos de cabecera para valorar la indicación de dichas pruebas) han sido proclives a la apertura.

Sin embargo, la situación está cambiando con rapidez y en un sentido positivo para los profesionales de APS, a quienes se les empieza a reconocer la capacidad para solicitar directamente la gran mayoría de las exploraciones complementarias. Esto no ha producido trastornos funcionales en los servicios que las realizan ni desequilibrios presupuestarios por un crecimiento rápido y / o injustificado de las peticiones, porque asistir un problema de salud en APS es más económico que hacerlo en el hospital y tanto pacientes como gestores agradecen que la asistencia altamente tecnificada recaiga únicamente en aquellas personas que la necesitan. De hecho, y según autores españoles, el porcentaje de derivaciones al laboratorio y radiología por los Equipos de Atención Primaria (EAP) oscilan en la literatura entre 4 y 7 peticiones al laboratorio por cada 100 consultas atendidas y entre 1,1 y 2,7 peticiones, por cada 100 consultas, a radiología. En este último caso se refiere casi exclusivamente a radiografías simples ya que son menos utilizadas las exploraciones que requieren medios de contraste o al menos no están referidas en la literatura consultada. En la bibliografía es difícil encontrar datos referentes a petición de técnicas de imagen por ultrasonidos, puesto que en muchos centros estas técnicas no son accesibles todavía al MG.

"... cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el médico generalista, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente ... cuando esto no es así puede ocurrir que el envío de un paciente al especialista no sea una opción sincera de su médico de cabecera para procurarle una atención óptima, sino que esté motivada por la necesidad de realizar pruebas complementarias que confirmen o descarten un diagnóstico y que no están al alcance del MG ..."

6. 1. Radiologia.

Existe acuerdo en que el MG tenga acceso a pruebas radiológicas simples (huesos, articulaciones, abdomen y tórax) y pruebas radiológicas con contraste y de complejidad media (seriada esófago- gastroduodenal , colon por enema, otros). El diagnóstico precoz que estas pruebas facilitan de patologías graves y de prevalencia media, que puede y debe controlar el médico generalista, justifican su oferta a los médicos del Primer Nivel de Atencion.

Cuando se precise informe del radiólogo hay que reflejar, en la hoja de petición de la prueba, los

datos clínicos y la sospecha diagnóstica, para facilitarle la interpretación de las placas. Por su parte, el radiólogo, contestará a la petición con un informe escrito aunque por la naturaleza de estas pruebas puede ser interesante, incluso necesario, una relación directa médico generalista-radiólogo para complementar la información.

6. 1. 1. MAMOGRAFÍA.

La mamografía es una exploración básica en el diagnóstico de las enfermedades de la mama, aunque su indicación fundamental es el diagnóstico precoz del cáncer de mama. La sensibilidad de la mamografía ha mejorado notablemente en los últimos 25 años, del mismo modo que han disminuido de forma importante las dosis de irradiación de las exploraciones. Su petición debe estar abierta al MG. La alta prevalencia de cáncer mamario en nuestro país sin duda lo justifica.

6. 1. 2. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

De forma general no es imprescindible que sean accesibles al MG, aunque el TAC es conveniente que esté disponible para el médico de cabecera, siempre que sea por consenso entre ambos niveles y ante patología previamente protocolizada.

6. 2. Tecnicas de Imagen por Ultrasonidos: Ultrasonografia Diagnostica

Los avances tecnológicos en campos del diagnóstico por la imagen como la TAC y la RMN, no han restado importancia a la ultrasonografía debido a sus múltiples aplicaciones y a la exactitud diagnóstica que se puede conseguir con el desarrollo técnico actual.

6. 2. 1. ECOGRAFÍAS.

Por su inocuidad, bajo coste y fácil realización no es admisible que el acceso a estas técnicas sea negado al MG. Unicamente la limitación de medios materiales y/o de personal pueden justificar su oferta restringida.

6. 2. 2. DOPPLER.

La patología arterial es frecuente en la práctica cotidiana del médico de Atención Primaria, que con frecuencia atiende en su consulta a pacientes diabéticos y con otros factores de riesgo de patología vascular periférica. Estas razones y las largas listas de espera, en general, para cirugía vascular justificarían la petición de estas pruebas.

6. 3. Laboratorio de Analisis Clinicos.

En algunas enfermedades los exámenes de laboratorio son decisivos para el diagnóstico y aunque este jamás es el resultado de una suma de pruebas sino que es una síntesis de la anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias, esta síntesis será más perfecta cuanto más datos se hayan analizado para llevarla a cabo. Entre estos datos, los de laboratorio cumplen un papel importante en determinadas patologías.

El laboratorio, al igual que cualquier otro test diagnóstico, va a encargarse de transformar una sospecha o probabilidad de que un paciente presente una determinada enfermedad (sospecha pre-test), en otra situación (sospecha post-test), que podrá ser no muy distinta a la primera, en cuyo caso el uso del laboratorio habrá sido poco eficiente, o por el contrario ser muy distinta, bien en el sentido de confirmar la enfermedad (valor predictivo positivo del 100%), o bien en el sentido de descartarla por completo (valor predictivo negativo del 100%). Pero lo más habitual es que la enfermedad no quede ni totalmente confirmada, ni totalmente descartada, y la situación después del test de laboratorio (valor predictivo) dependerá muchísimo de la probabilidad que tenía ese paciente de estar enfermo, probabilidad que difiere de manera importante después de haber escuchado y explorado al paciente. En definitiva, y salvo determinadas técnicas de screening, el uso del test de laboratorio, precedido y guiado de una exhaustiva anamnesis y exploración, parte de una sospecha clínica y nos lleva al paciente y al médico a otra situación en la cual, se puede confirmar o descartar la enfermedad o bien aumentar el grado de sospecha.

Esto tiene una enorme trascendencia y lo que si se puede afirmar rotundamente es que el médico generalista hoy día, no podría desarrollar una labor de calidad sin la ayuda del laboratorio.

6. 3. 1. TECNICAS DIAGNOSTICAS DE LABORATORIO EN APS.

Dada la coincidencia en cuanto a problemática y utilidad de estos campos en el diagnóstico en APS hemos creído conveniente englobar en este epígrafe las Pruebas de Laboratorio, los Test Microbiológico y las Pruebas de Anatomía Patológica en AP.

Las preguntas que surgen al tratar este tema son las siguientes:

1. ¿Qué técnicas diagnósticas de laboratorio deben estar disponibles para el MG?.

2. ¿En dónde deben realizarse dichas técnicas?.

3. ¿,Cómo debería ser la transmisión y utilización de la información obtenida en este campo entre los dos niveles de atención sanitaria?.

1. ¿DE QUE TÉCNICAS DE LABORATORIO DEBE DISPONER EL MG?.

Ya hemos comentado anteriormente que cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el MG, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente y, por lo tanto, no deben existir limitaciones para exámenes de bioquímica hemática, hematología clínica, sistemáticos de orina, exámenes de heces, etc.

Sin embargo históricamente, o al menos desde el auge de la medicina especializada, se ha restringido el uso del laboratorio al MG por parte de los gestores. Las razones alegadas son varias. Entre ellas que los médicos de APS no sabían interpretar dichas pruebas porque no eran especialistas, que resultaban muy caras para el sistema sanitario, o que para qué se iban a solicitar si al final las tendría nuevamente que repetir el especialista.

Con estas razones, que a nuestro juicio poseen una carga demagógica importante, no sorprenden las diferencias abismales existentes entre unas provincias y otras, respecto a la capacidad de petición de pruebas complementarias reconocidas a los MG.

La incongruencia llega al extremo de que ser especialista en una determinada materia abre el acceso en muchos casos a todas las técnicas de laboratorio, incluso aunque éstas no guarden relación con esa especialidad concreta. Además, muchos MG adquirieron la especialización por la vía previa de residencias de MG y esas pruebas que “no saben interpretar” por “no ser especialistas” hace tiempo que se vieron en la obligación de solicitarlas e interpretarlas durante su formación hospitalaria. Además, en muchos Centros Docentes, se da la paradoja añadida de que los residentes a quienes “estamos formando” tienen capacidad e incluso obligación de hacer uso de ellas durante su periodo hospitalario.

Alegar la repetición por el especialista de segundo nivel de una prueba de laboratorio ya solicitada por el MG o que resultan muy caras para el Sistema son falacias, pues el hecho de su petición puede condicionar la resolución del problema en el nivel primario o una correcta derivación al especialista adecuado, que de otro modo no hubiera sido posible.

> ***“... somos un grupo de especialistas en APS, con la responsabilidad y formación suficientes para que no deba restringirse en principio el uso de ninguna técnica de laboratorio, sin que ello suponga desconocer que existen técnicas de laboratorio muy caras o que pueden existir abusos o un intervencionismo exagerado como en otros niveles asistenciales ...”***

En conclusión pensamos que somos un grupo de especialistas en APS, con la responsabilidad y formación suficientes para que no deba restringirse en principio el uso de ninguna técnica de laboratorio, al igual que ocurre con los pediatras que trabajan en APS, sin que ello suponga desconocer que existen técnicas de laboratorio muy caras o que pueden existir abusos o un intervencionismo exagerado como en otros niveles asistenciales. La monitorización de las peticiones de aquellas pruebas onerosas, inusuales o que puedan acarrear peligros para el paciente, valorando su pertinencia, podría ser una solución para su control. El criterio de racionalidad, clave en la APS, debe ser el regidor de estas situaciones.

Pruebas mínimas que como MG consideramos imprescindibles para el desarrollo de nuestra función se recogen el siguiente cuadro.

HEMATOLOGIA
- Hemograma e índices corpusculares, fórmula y recuento leucocitario, plaquetas, VSG, tiempo de sangría , coagulación, antitrombina-III.

BIOQUIMICA
- Glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, CPK, LDH, colesterol, HDL-colesterol, triglicéridos, proteínas totales, proteinograma, iones (Na, K, Ca, P), pruebas reumáticas (factor reumatoide, ASLO, PCR,...), Hemoglobina glicosilada, hierro, transferrina, ferritina, niveles de fármacos (digoxina, carbamacepina, teofilina,...).

SISTEMATICO DE ORINA
- Orina completa, sedimento, microalbuminuria, prueba de embarazo

SEROLOGIA
- Brucellas, Tifo-paratíficas, chagas, eruptivas, Mononucleosis infecciosa, Hidatidosis, Sífilis, Marcadores de hepatitis y VIH.

MICROBIOLOGIA
- Cultivos bacterianos y hongos de diferentes muestras

HORMONAS
- T3, T4, TSH

2. ¿En dónde deben realizarse estas técnicas?.

La gran heterogeneidad de lugares de trabajo que existen en AP, desde un consultorio en un pueblo de montaña hasta un Centro de Salud urbano a pocas cuadras del Hospital Base Referencial , hacen que sea difícil contestar de forma general a esta pregunta.

Pero no hemos de olvidar la facilidad que hay en el traslado de muestras, tanto de sangre como de otros productos biológicos, y la red ya establecida de recogida de análisis en la mayoría de los Centros de Salud rurales así como la posibilidad de una comunicación fluida y rápida utilizando incluso sistemas de fax o módem para la recepción de resultados.

El hecho de que los nuevos analizadores automáticos resulten más económicos y fiables cuando trabajan con un gran número de muestras, nos hace responder, a la pregunta de este epígrafe, que el lugar más idóneo donde realizar estas técnicas seria aquel en el que se procesaran el suficiente número de muestras, fomentando al máximo los servicios de recogida de muestras e incluso formando a determinados profesionales sobre las medidas a adoptar en el traslado de determinados productos biológicos y potenciando a su vez una rápida recepción de los resultados, que no debieran demorarse en absoluto, incluso en los Centros Rurales más alejados utilizando las nuevas tecnologías.

En este punto otro aspecto importante a resaltar es que todos los centros de análisis de muestras deberían de estar sometidos al mismo control de calidad que asegurarse idéntica fiabilidad. Así no tendría justificación la repetición por parte del nivel especializado de otros análisis al dudar de los que aporta el paciente.

3. ¿Cómo debe ser la utilización y transmisión de esta información entre el nivel primario y el especializado?.

Quizá sea ésta la respuesta más difícil y la que más encaje en el contenido global de este grupo de trabajo. Como punto de partida vamos a describir una situación que no es inhabitual y que constituye el prototipo de la descoordinación.

En esa situación "ficticia" el médico de APS solicita unos análisis y llega a una sospecha diagnóstica que le hace remitir al paciente a un determinado especialista, bien porque el tratamiento lo justifique o bien porque se necesite profundizar en el diagnóstico. El médico generalista mandará un resumen sobre la enfermedad que cree y el especialista comienza de nuevo un estudio "a partir de cero", repitiendo nuevos análisis, quizás algo más completos, pero con la consiguiente repetición de consultas. En el nivel especializado se llegará a un diagnóstico y tratamiento que se enviará al MG con la indicación de que vuelva a remitir al paciente si empeora, pero sin que se aporten todos los datos analíticos que el especialista ha encontrado, de forma que el paciente tiene normalmente dos historias abiertas con datos analíticos paralelos y en compartimentos estancos. Esta situación a su vez puede triplicarse si el paciente por un agravamiento de esa misma enfermedad, tuviera que ser ingresado en un hospital.

La solución de este problema no nos parece sencilla si bien podría modificarse en breve periodo de tiempo si evolucionan y se generalizan, al ritmo que lo están haciendo, los sistemas informáticos y de transmisión de información, de forma que no es difícil imaginarse una situación futura en la que a la misma historia informatizada o por los menos a algunos datos de la misma, tenga acceso tanto el especialista como el médico de APS, desde terminales diferentes. Pero mientras llega la "ciencia-ficción" nuestra propuesta de solución pasaría por unos correctos informes que partieran del MG, entregando los laboratorios realizados.

En consecuencia cabria exigirle al especialista iguales condiciones en el regreso de información, de manera que se evitasen los grandes errores en este campo: la duplicación de las pruebas, las molestias al paciente, el gasto y la falta de acceso de uno de los profesionales a los datos clínicos del enfermo que se encuentran realizados en la otra historia.

En cuanto a la cumplimentación de los pedidos de pruebas complementarias, debe constar de forma clara y legible el nombre completo y edad del paciente, datos clínicos o sospecha diagnóstica y nombre y apellidos del médico que hace la petición. Así mismo en la respuesta debe constar, también de forma clara y legible, los resultados de la prueba, la fecha y la identificación del especialista que emite el informe. Por las características de estas pruebas, que en ocasiones hacen necesaria la comunicación directa entre ambos niveles y en general para todas las especialidades, es esencial que los especialistas estén bien identificados (una persona conocida y no un Servicio). Existen trabajos que demuestran que más de la mitad de los especialistas no se identifican en los informes de respuesta de las interconsultas.

Por último, insistir nuevamente en que no es admisible la existencia de listas de espera para pruebas complementarias básicas (Radiología simple o Laboratorio) y que los resultados deben ser vehiculizados por un sistema de correo interno fluido y eficaz.

7. Coordinacion con Servicios de Urgencia Hospitalarios e Ingreso de Pacientes

7. 1. Urgencias Hospitalarias.

De todos es conocido el progresivo aumento de pacientes que utilizan los servicios de urgencia del hospital de forma inadecuada. Esta situación ha sido ampliamente analizada sin que, de momento, las soluciones aportadas hayan resuelto el problema.

Los usuarios utilizan este Servicio por iniciativa propia buscando "saltarse" las listas de espera, teniendo accesibilidad inmediata a tecnología ("me hicieron análisis y radiografías, no como en el Centro"), lo que constituye el denominado "fenómeno de escape" En este sentido los profesionales del Primer Nivel de Atencion tenemos mucho que decir, puesto que, uno de los objetivos de la educación para la salud es la utilización correcta, racional y solidaria de los servicios sanitarios.   Sin dejar de considerar que esto también se encuentra influenciado por el acceso de la comunidad al centro de salud en referencia a la oferta de servicios y los horarios disponibles.

Otra causa de la utilización injustificada de las urgencias hospitalarias es la formación de los médicos que envían a los pacientes y la distancia al centro hospitalario. De todas formas sería necesario la formación continuada en medicina de urgencias, tanto en el Primer Nivel de Atencion como en los Hospitales y, en este ámbito, proporcionar una responsabilidad progresiva a los residentes de las distintas especialidades para que su capacidad de discriminación y resolución sea mayor.

También los MG podemos utilizar incorrectamente los servicios de urgencia hospitalarios como "atajo" para acceder a la opinión de los especialistas hospitalarios o a determinadas pruebas complemetarias mediante "pactos" previos. Se hace necesario establecer protocolos de actuación conjunta, tanto para enfermedades prevalentes como para las urgencias,... y ¡por supuesto que se cumplan!.

"... uno de los objetivos de la educación para la salud es la utilización correcta, racional y solidaria de los servicios sanitarios ... sin dejar de considerar que esto también se encuentra influenciado por el acceso de la comunidad al centro de salud en referencia a la oferta de servicios y los horarios disponibles ..."

Los médicos que trabajan en las urgencias hospitalarias sienten la obligación de llegar a diagnósticos finales y, muchas veces, prescribir tratamientos de dudosa eficacia o, incluso, cambiar tratamientos sin demasiados criterios científicos por la necesidad de intervenir ante el paciente. Seria conveniente un uso racional y eficiente de las pruebas complementarias en las urgencias de los hospitales, para evitar el hospitalocentrismo de los usuarios y la dependencia tecnológica ante, en muchos casos, procesos banales. Y por supuesto, establecer mecanismos para la continuación de los estudios en el Primer Nivel de Atencion desde las valoraciones en los Hospitales.

La deficiente información recíproca, en la mayoría de los casos, supone un problema. En este sentido ya existen proyectos y realidades en algunos Regiones tanto para mejorar la comunicación como para asumir tratamientos y prescripción de primeras recetas desde los Hospitales, pero siguen siendo esfuerzos locales con bajo impacto aún.

Deberían evitarse, a toda costa, descalificaciones mutuas. Frases como: "¿Por qué me manda a este paciente?", "¿Qué tipo de diagnóstico y tratamiento son éstos?" o "Le han hecho tantas pruebas para nada", sólo generan desconfianza en el paciente y acarrean el desprestigio mutuo entre facultativos, cuando lo que habría que intentar es precisamente la mejora de la comunicación. La desconfianza de los usuarios en el nivel primario está generada, a veces, por los propios compañeros del EAP cuando atienden a pacientes de otros médicos*: "Si no le va bien este tratamiento que su médico le mande a urgencias del hospital".* La mejora de la comunicación debería comenzar por nosotros mismos, comentando los casos atendidos de otros médicos o fuera del horario habitual de funcionamiento del Centro de Salud.

La mejora en la dotación de recursos para la asistencia de enfermedades urgentes en los Centros de Salud aumentaría también nuestra capacidad de resolución y posibilitaría un aumento de confianza en los usuarios.

7. 2. Ingreso De Pacientes.

A pesar de su formación los médicos generalistas no tienen facilidades para ingresar directamente pacientes en el hospital. Se pueden apuntar varias razones:

- La inexistencia de camas disponibles para tal fin.
- La disparidad de criterios
- La falta de recursos en APS para estudio y tratamiento.

Un buen MG se encuentra sobradamente capacitado y debiera estar autorizado para concertar ingresos, tanto urgentes como programados con médicos hospitalarios. Como siempre, serian necesarios protocolos de actuación conjunta, la existencia de información recíproca adecuada, llegar a una responsabilidad compartida,...

Existen criterios para rentabilizar el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios que muchas veces no se cumplen. En ocasiones por causas que podrían desaparecer con una buena coordinación con la APS. Así criterios como vivir demasiados lejos, imposibilidad de acceder a consultas externas por listas de espera inmanejables, cuidados menores de aplicación en el propio domicilio o la ausencia de hospitales de crónicos, podrían atenuarse con una buena relación entre niveles y una mayor asignación de recursos en AP, aumentando con casi toda seguridad la eficiencia del sistema y la satisfacción del usuario.

8. Lista de Espera en Consultas Especializadas

Muchas veces se acusa a los MG de ser los responsables de las listas de espera del nivel especializado. Con la progresiva incorporación de MG a los Centros de Salud, es posible observar considerablemente la adecuación tanto de derivaciones como de interconsultas a los demás niveles de atención. A pesar de esto existen muchos factores que influyen en las desproporcionadas listas de espera.

Un punto conflictivo de asistencia es la supervivencia en el segundo nivel de especialistas de dudosa formación y especialistas jerarquizados del hospital. Si bien estos últimos pueden aportar mayor calidad asistencial, la realidad es que los especialistas jerarquizados suelen rotar temporalmente por el centro de salud y, muchas veces, lo viven como “un castigo”. Habitualmente los pacientes son vistos por distintos facultativos, lo que genera una retención excesiva, falta de continuidad en la atención y dificultades de comunicación con APS.

Nos parece esencial la existencia de un segundo nivel de atención, que sirva no únicamente de “filtro” para el hospital, sino de referente accesible con el que nos podamos comunicar fácilmente, establecer estrategias para contener las listas de espera y elaborar acuerdos y protocolos que nos permitan priorizar pacientes y racionalizar la asistencia.

Otra causa importante del continuo aumento en las listas de espera es la excesiva retención de los pacientes en las consultas del segundo nivel, cuando en muchos casos el seguimiento podría realizarse desde el Primer Nivel de Atencion. Así ocurre por ejemplo con enfermedades prevalentes en las que el protagonismo del MG debería ser mayor. Estos pacientes (con EPOC, hiperplasia prostática benigna, dispepsia, ACV, osteoartritis, etc...) continúan circulando por el ámbito “especializado”, revisándose constantemente, cuando estas y otras muchas enfermedades pueden ser seguidas desde el Primer Nivel de Atencion con consultas puntuales al nivel especializado. Esto disminuiría la lista de espera (No revisiones innecesarias!) y aumentaría la confianza de los pacientes en su médico de cabecera.

En muchas ocasiones los pacientes son enviados a otros niveles únicamente para acceder a pruebas complementarias inaccesibles para el MG. No deja de ser paradójica esta situación, puesto que el médico que solicite la prueba, probablemente, no tendrá ninguna limitación ni controles de calidad para sus peticiones. Por eso hemos comentado (repetidamente en este Documento) que ecografías, TAC o una mamografía, por ejemplo, deben ser pruebas accesibles en el primer nivel de atención. Se disminuiría así el número de pacientes enviados a otros niveles de atención, con el consiguiente alivio de las listas de espera.

“... los médicos que trabajan en las urgencias hospitalarias sienten la obligación de llegar a diagnósticos finales y, muchas veces, prescribir tratamientos de dudosa eficacia o, incluso, cambiar tratamientos sin demasiados criterios científicos por la necesidad de intervenir ante el paciente ...”

Los médicos del segundo nivel se muestran con frecuencia reticentes en acudir a los Centros de Salud a conocer a los profesionales de Atención Primaria y hablar /discutir los problemas de comunicación entre niveles, para intentar llegar a consensos /protocolos que permitan una mejora en la atención. No podemos, desde luego, evitar nuestra parte de culpa en este sentido ya que, en muchas ocasiones, la reticencia es nuestra. Debemos por tanto insistir en llegar a acuerdos aunque el esfuerzo sea grande.

Deberíamos también involucrarnos en la gestión de las citas del segundo nivel y comprometer también en este asunto a los especialistas y a los Jefes de Servicio, estableciendo controles de calidad y realizando evaluaciones periódicas para saber dónde nos encontramos y poder aplicar estrategias correctoras si se detectan problemas..... (no es utópico!!!!!!)

Por último, no nos debemos olvidar de aplicar técnicas de educación para la salud en todos los niveles de atención. Conseguir un uso racional y solidario de los recursos sanitarios es una obligación de todos los profesionales. La información correcta, la desmitificación de la atención especializada o la misma entrevista clínica, formando parte del arsenal de instrumentos para conseguir ese objetivo.

Como corolario, debemos evitar en lo posible el voluntarismo e intentar siempre llegar a acuerdos institucionales. De esta manera el coste personal disminuye notablemente y evitamos un agotamiento que de otra forma nos llevaría a la parálisis de cualquier intento de mejorar nuestras relaciones con otros niveles.

9. Relaciones con Dispositivos de Apoyo (Tocoginecologia, Salud Mental Y Salud Bucodental).

En este caso la situación debería mejorar por la cercanía relativa o real con la que habitualmente nos relacionamos con dichos dispositivos. Aunque en muchos casos chocamos con la gran cantidad de situaciones existentes: en ocasiones se dispone de ellos dentro de la Zona básica de salud, lo que facilita las relaciones, pero en otras están centralizados en los Distritos o en Areas sanitarias.

Una situación conflictiva se suele presentar con Tocoginecología, por la reticencia de estos especialistas en relacionarse con los MG y por su escepticismo para que realicemos actividades que hasta hace poco tiempo le correspondían exclusivamente a ellos. Son problemas frecuentemente detectados el incumplimiento de las visitas que tienen asignadas dentro del programa de Embarazo, Parto y Puerperio y la repetición de pruebas complementarias, aunque ambos (MG/MTG) las soliciten al mismo laboratorio hospitalario o ambulatorio. La desconfianza mutua que esto genera, el gasto para el sistema y las molestias para las pacientes son obvias.

Estrategias como la gestión de la cita previa de Tocoginecología, desde el Centro de Salud o Consultorio, permiten garantizar el total de visitas prenatales consideradas como óptimas y también el uso del carné e historia clínica perinatal, en la que deben anotarse todas las actuaciones y pruebas complementarias que se realicen en ambos niveles asistenciales. Si los Tocoginecólogos están ubicados en el mismo Centro de Salud, es-

"... deberíamos involucrarnos en la gestión de las citas del segundo nivel y comprometer también en este asunto a los especialistas y a los Jefes de servicio, estableciendo controles de calidad y realizando evaluaciones periódicas para saber dónde nos encontramos y poder aplicar estrategias correctoras si se detectan problemas ...

"... conseguir un uso racional y solidario de los recursos sanitarios es una obligación de todos los profesionales ... la información correcta, la desmitificación de la atención especializada o la misma entrevista clínica, forman parte del arsenal de instrumentos para conseguir ese objetivo ..."

"... como corolario, debemos evitar en lo posible el voluntarismo e intentar siempre llegar a acuerdos institucionales ... de esta manera el coste personal disminuye notablemente y evitamos un agotamiento que de otra forma nos llevaría a la parálisis de cualquier intento de mejorar nuestras relaciones con otros niveles ..."

tos problemas se mitigan y se pueden entonces ampliar actuaciones a otros programas y a enfermedades concretas mediante la utilización de protocolos y la realización de sesiones clínicas. De igual manera creemos que el control de embarazo de bajo riesgo debe estar realizado en el centro de salud por MG/ MTG / obstétricas y allanarse el camino para el manejo del embarazo de alto riesgo en el consultorio especializado, preferentemente del hospital.

En cuanto a Salud Mental la situación suele cambiar. En ocasiones los psiquiatras o psicólogos acuden al Centro de Salud a pasar consulta, compartiendo responsabilidades con los MG y estableciendo una relación directa y personal que facilita la comunicación. Generalmente la formación continuada con la exposición de pacientes comunes y la confección de protocolos conjuntos pueden ser buenos mecanismos para que las relaciones sean fluidas y efectivas.

Con Salud Bucodental la calidad de relación va a depender igualmente de que esté ubicada en el propio Centro de Salud o esté centralizada para varios centros. Su participación en el programa de Salud Bucodental y la relación de éste con otros programas (salud escolar, control del niño sano, educación para la salud,...) evidentemente es esencial.

El Trabajador Social del Centro de Salud también forma parte del EAP y su labor es crucial, sobre todo en determinadas zonas básicas de salud. Nuestra relación no debe limitarse a la estrictamente burocrática y tiene que estar completamente integrado en la dinámica de los programas de salud, donde su labor puede modificar su funcionamiento. La participación en la formación continuada debe ser periódica, tanto como formadora sobre sus potenciales actividades (muchas veces desconocidas), como sobre evaluación de su participación en programas. Puede constituirse en un clave actor dentro del equipo de salud y ser un motor de estimulo a la conformación de la interdisciplina.

Con los Técnicos de laboratorio, nuestra relación se basará en llegar a acuerdos tanto en forma de protocolos de utilización de dichos servicios como en su posible participación en formación continuada para aclarar conceptos y presentación de casos clínicos.

10. Relaciones con los Servicios Sanitarios Privados

Si nos referimos al subsector estatal veremos que con sus límites e insuficiencias, pero entre cuyos objetivos finales no está la obtención de beneficios económicos y hemos de coexistir con la Medicina liberal y otras formas de Medicina alternativa que no tienen razón de ser si no existe rentabilidad económica, lo que indudablemente condiciona sobremanera todas sus actuaciones. El aumento de la satisfacción del ciudadano con el Subsector estatal puede reducir el recurso de utilización de la Medicina Liberal a los aspectos meramente complementarios de la pública.

11. Coordinacion con otros Niveles e Instituciones no Basicamente Asistenciales.

11. 1. Relacion con la Comunidad.

Existe un acuerdo general en que la Participación Comunitaria es un elemento esencial de cualquier Sistema Sanitario.

En 1981 la OMS en su “Estrategia de Salud para todos en el año 2000” destacó tres piezas claves en la APS:

- Participación de la Comunidad
- Colaboración intersectorial
- Uso de tecnología apropiada.

En las experiencias habidas queda de manifiesto que la Participación Comunitaria puede llegar a ser un mecanismo eficaz de control de la gestión y un mecanismo también útil para el diseño de estrategias de planificación locales y regionales, contribuyendo a aumentar el nivel de salud de la población.

Para que la Participación Comunitaria sea posible se necesitan una serie de requisitos previos:

- Descentralización y regionalización de los servicios sanitarios.
- Organización de la comunidad
- Capacitación de los grupos comunitarios
- Fomento de las actividades multisectoriales
- Aceptación de las necesidades sentidas de la población
- Elección adecuada de los representantes comunitarios

Entre los problemas que dificultan la Participación Comunitaria caben destacar los relacionados con los profesionales sanitarios (corporativismo, concepción biologicista del binomio salud-enfermedad...), con la propia comunidad (ausencia de organizaciones ciudadanas, escasa representatividad de las organizaciones vecinales, falta de motivación,...) y con el modelo político (ambiguedad política frente a la participación comunitaria, anulación de los movimientos de participación y ausencia de representación de la Administración a nivel local).

A continuación se enumeran los principales métodos de participación comunitaria.

11. 1. 1. CONSEJOS DE SALUD.

Son órganos colegiados de participación en los que intervenen distintos agentes: Administración sanitaria, trabajadores de la salud y representantes de la comunidad. Su composición es variable según los objetivos que asuman y su ubicación: Zona básica de salud o Area sanitaria. Aunque teóricamente deberían contar con capacidad de decisión la realidad es que el desarrollo legislativo les ha limitado a órganos consultivos o de asesoramiento.

Las funciones que tienen asignados los Consejos de salud son:

- Conocimiento y análisis de los problemas de salud de la Comunidad
- Participación en la búsqueda y utilización racional de los recursos existentes para la salud.
- Análisis periódico del funcionamiento y evaluación del Centro de Salud.

Todo esto se concreta en colaboraciones de los Consejos de salud en la realización del diagnóstico de salud, en la implantación de los programas de salud, en ser informados de la memoria anual y del reglamento de régimen interno, en incentivar la participación ciudadana en tareas de salud y en canalizar los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos.

El funcionamiento de los Consejos de salud se basa en reuniones, de periodicidad variable, en las que se abordan problemas planteados desde los representantes de la Comunidad o desde el EAP. La temática es amplia y contempla problemas de salud pública, de gestión de los recursos del Centro de Salud, de relaciones con el segundo nivel, de horarios y barreras de accesibilidad, de actividades de promoción y fomento de participación comunitaria, etc. El Coordinador del Centro de Salud y representantes de los trabajadores del EAP, entre los que el trabajador social puede asumir un papel protagonista, asisten como miembros de pleno derecho a los Consejos de salud.

Los problemas de la Participación Comunitaria podrían mejorarse si pensamos en:

- Una conceptualización teórica adecuada.
- NO apostar a un único mecanismo de participación: El Consejo de Salud.
- El modelo de participación debe ser debatido social y políticamente.
- No al diseño tecnocrático del sistema de participación.
- No al intento de implantación de mecanismos de democracia participativa con un sistema político básicamente representativo.
- No a la creación de nuevos espacios de redistribución del poder político.
- alto nivel de asociacionismo formal, con presencia de los sectores sociales más desfavorecidos y necesitados (pobres, marginados, ancianos, mujeres y niños).
- Participantes comunitarios en los Consejos que sean representativos. (algo muy difícil......)
- Conexión de todos los trabajadores de la salud .

Existen algunas experiencias en Argentina que pese a los múltiples obstáculos los Consejos de Salud han hecho grandes aportaciones a los servicios sanitarios, fundamentalmente en el Primer Nivel de Atencion, incorporando en funciones de asesoramiento a ciudadanos de a pie, trasladando información del Sistema sanitario hacia el exterior, creando un clima de comunicación entre profesionales y usuarios e inculcando lentamente en aquellos la necesidad de tener siempre presente que el objetivo último de su función es atender las necesidades sanitarias de la población a la que asisten.

11. 1. 2. ENCUESTAS DE OPINIÓN.

Permiten conocer las características de las prestaciones de los Servicios sanitarios desde el punto de vista de los usuarios. Aportan información sobre las actitudes y grado de satisfacción de los usuarios, y constituyen una herramienta más para valorar la calidad asistencial. Para garantizar su utilidad las encuestas deben ser diseñadas y evaluadas por expertos en Ciencias sociales ajenos a la institución que promueve la encuesta. Entre sus inconvenientes destacamos el carácter puntual de

todas las encuestas, con lo que pierden valor como mecanismos de evaluación continuada.

En un plano más modesto se pueden elaborar, por el propio EAP, cuestionarios para conocer la satisfacción general o aspectos concretos del Centro de Salud.

11. 1. 3. RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS.

Tanto orales como escritas constituyen buenos métodos para conocer la perspectiva del usuario. En las áreas de recepción y administración de los Centros de Salud deben existir modelos sencillos de reclamaciones y sugerencias así como la posibilidad de su cumplimentación en lugares que aseguren la intimidad del usuario. También sus mecanismos de contestación y resolución debieran ser eficaces.

11. 1. 4. VOLUNTARIADO SOCIAL.

Son miembros de la Comunidad que participan a través de actividades de autoayuda, animación o educación sanitaria en programas o acciones de mejora del nivel de salud. Pueden ser remunerados o no, y en todo caso, integrantes de la Comunidad no profesionalizados.

11. 1. 5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA:

Son grupos de personas que comparten un problema de salud y se unen para mejorar su situación. Generalmente se trata de grupos reducidos, formados por personas ajenas a la profesión sanitaria y organizados de forma no jerárquica (alcohólicos anónimos, diabéticos, esclerosis múltiple,...).

Entre sus actividades destacan: Apoyo emocional, información y consejos sobre cuidados, actividades sociales, acciones reivindicativas ante entidades públicas y aportar determinadas prestaciones a sus miembros. El papel de los profesionales debe ser activo y de apoyo a estos grupos.

Desde los servicios sanitarios debemos reunir pacientes con un mismo problema, con fines informativos y educación sanitaria, lo cual puede generar dichos grupos, evitando siempre el excesivo protagonismo y dirigismo profesional.

La acción comunitaria debe formar parte del quehacer del MG, potenciando todos los canales de participación de los ciudadanos y asumiendo que los mecanismos de participación en el Primer Nivel de Atencion y los métodos para conocer la perspectiva del usuario son múltiples. Aparte de los señalados (Consejos de Salud, Encuestas de Opinión, Reclamaciones y Sugerencias, Voluntariado Social, Grupos de Ayuda Mutua) cabría añadir los Contactos con Redes Sociales, las Relaciones con Asociaciones, los Informadores Clave, Relaciones públicas, las Relaciones con Instituciones de otros sectores sociales, los Grupos de discusión, los usuarios "Centinela", etc.

En definitiva, es imprescindible que desarrollemos en el EAP una cultura de orientación de los servicios al usuario, permitiendo la máxima libertad de elección por parte de los pacientes y favoreciendo una relación médico/ paciente orientada al consumidor.

11. 2. Relaciones con Instituciones Nacionales:

11. 2. 1. FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL

Es la asociación Científica que aglutina en Argentina a la mayoría de los médicos generalistas. Sus fines primordiales son:

- Promocionar y fomentar el progreso de la Medicina General y de la Atención Primaria.
- Representar los intereses de sus miembros en el marco de las leyes antes los Organismos de las Administraciones Públicas Sanitarias, Docentes y otros órganos.
- Servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la especialidad y colaborar con otras entidades para elaborar estudios, informes o propuestas.
- Organizar actividades de investigación, formación, culturales o asistenciales en colaboración con las Administraciones Públicas, Hospitales, Centros de Salud, Colegios de médicos, Facultades de Medicina y otras Sociedades científicas.

12. Relaciones de los Medicos Generalistas con los Niveles de Gestion de la Asistencia Sanitaria.

12. 1. Relaciones de los Medicos Generalistas con las Jefaturas de Atencion Primaria.

Desde su creación, los equipos directivos de las Areas Sanitarias (jefes de zonas sanitarias, Directores y subdirectores médicos) han estado inte-

grados en gran parte por médicos especialistas provenientes de la asistencia y nivel hospitalario, con inquietudes o interés limitado en el desarrollo en la Atención Primaria, aunque sin formación específica de gestores. Actualmente se aprecia cierta incorporación en estos sitios claves de MG con formación en la gestión.

¿CÓMO HA INFLUIDO ESTO EN LA RELACIÓN QUE SE HA ESTABLECIDO ENTRE LOS MG Y LAS JEFATURAS RESPECTIVAS?.

Por un lado, los MG de los EAP han tenido facilidad para relacionarse con ellos en todo lo referente a su trabajo: les han considerado a menudo como compañeros, y han coincidido en intereses e ideas comunes respecto a cómo debían organizarse los servicios.

Por otro lado, estos mismos médicos han sufrido a menudo la carencia de experiencia y formación en la gestión de los equipos directivos: actuaciones contradictorias, falta de claridad respecto a la relación y funciones de los diferentes niveles de apoyo o gestión (técnicos de salud, direcciones de enfermería, directores de gestión, etc), cambios en las líneas de trabajo o de organización no bien comprendidos, etc.

El cauce habitual de relación del EAP con la jefatura, se ha establecido fundamentalmente a través del Coordinador / Director del Centro de Salud o “Referente Técnico administrativo”, como responsable del equipo. En este sentido, no han podido evitarse problemas relacionados con las funciones y dependencia del personal de enfermería, así como con el papel a desarrollar por las Direcciones de enfermería, parcialmente se ha mantenido el equipo como una unidad de producción especifica, evitándose la separación entre estamentos que se produjo en su momento en los hospitales.

El grado de participación en la gestión y en la toma de decisiones de los Coordinadores o Directores de los centros ha sido muy variable, y dependiendo de las Areas sanitarias ha existido una mayor o menor sensación de autonomía y capacidad auto-organizativa. Cuando ha existido, esta participación se ha producido básicamente en los siguientes campos:

- Participación en el establecimiento de objetivos anuales (Proyectos de planificación local participativa).
- Organización de la asistencia
- Gestión de personal (vacaciones, jubilaciones, propuesta de suplentes, etc).
- Participación en las decisiones sobre obras y equipamientos de los centros.

PROPUESTAS

Durante estos últimos años, la relación entre los médicos Generalistas y sus jefaturas en el ámbito estatal en Argentina se ha visto influida por el nuevo modelo de fortalecimiento en Atención Primaria que puede ser solo discursivo y a nuestro entender (tal el caso del plan federal de salud del ministerio de salud de la nación) potenciadores de la fragmentación del sistema de salud.

Por donde pueden pasar las mejoras en este sentido?

Pensamos que, en cualquier caso, el futuro pasa, al igual que en todos los países de nuestro entorno, por la implementación de medidas tendentes a conseguir la contención del gasto sanitario, y que en este sentido, en una organización de los trabajadores de la salud fuerte, con una financiación local separada de empréstitos provenientes de entidades multilaterales de crédito y provisión fundamentalmente estatales, que garanticen continuidad de las acciones.

Será necesario estimular lo siguiente:

- **La descentralización de la gestión**, haciendo efectiva la participación real de los trabajadores de la salud en la toma de decisiones a todos los niveles.
- **La jerarquización de los trabajadores de la APS** . En este sentido, es preciso avanzar y mejorar los actuales sistemas, tanto en los aspectos de medida de la actividad asistencial como de asignación de recursos.

12. 3. Relaciones de los MG con las Direcciones del Hospital de Referencia.

- El MG no sabe habitualmente qué especialista va a atender al paciente que deriva, por el continuo recambio de los profesionales que atienden estas consultas, y puede ocurrir que un mismo paciente sea atendido por varios especialistas para un mismo proceso.
- Las listas de espera de consultas de atención especializada y pruebas diagnósticas solicitadas por el Primer Nivel de Atencion crecen sin que al parecer nadie se ocupe de gestionarlas.
- El MG se enfrenta a menudo con que su capacidad diagnóstica se ve limitada por falta de acceso a determinadas pruebas complementarias, que decide el hospital de referencia sin motivos aparentes y sin que haya existido un acuerdo previo entre ambos equipos directivos.

- La elaboración de protocolos conjuntos de atención entre profesionales está siendo muy lenta y costosa, y a menudo el especialista busca imponer su criterio sin entender bien la necesidad de tales protocolos.

Si a esto se añaden los problemas de comunicación entre ambos profesionales, que en muchos casos no tienen contacto entre sí pero sí múltiples quejas mutuas en cuanto a que los partes de derivación o interconsulta no se cumplimentan adecuadamente., queda clara la importancia de abordar estas tensiones estableciendo cauces de relación entre profesionales y de éstos con los equipos directivos.

Propuestas

Estos cauces de relación deberían propiciarse desde ambas Direcciones médicas y deberían existir al menos a los siguientes niveles:

- Entre MG y los especialistas de referencia para el abordaje de temas médicos y de formación: interconsultas de casos, elaboración de protocolos, sesiones clínicas, etc.
- Entre los Coordinadores de los EAP y los Jefes de Servicio Centrales, o, en su caso, el Director de ambulatorio, para la organización asistencial: agendas de especialistas, asignación de especialistas a los Centros, intercambio de información clínica, temas asistenciales relacionados con los programas y protocolos del Area, problemas de listas de espera, temas de docencia e investigación, etc.
- Entre los Coordinadores de los EAP y el Servicio de Admisión del hospital para aspectos relacionados con sistemas de información y citación: programa de citaciones en las consultas y servicios diagnósticos de Atención Especializada, programa de notificación de las altas hospitalarias a los Centros de Salud, etc. Aquí cumple una importante función la oficina de APS de un hospital base referencial.

Por otro lado, y por los mismos factores que se señalaban al hablar del futuro de la relación entre el médico generalista y coordinaciones de Atención Primaria o de áreas programáticas, las vías de relación de los MG con las direcciones de Atención Especializada han de estar marcadas por la necesidad de centrar el sistema sanitario en el médico generalista y el equipo de salud como elemento integrador y por la introducción de mecanismos económicos distributivos dentro de un sistema fundamentalmente público, con objeto de intentar disminuir las ineficiencias propias de éste.